

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Сергеевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.09.2024 22:58:38
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

29 августа 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Специальность	<u>31.08.01 Акушерство и гинекология</u>
Квалификация	<u>врач-акушер-гинеколог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>акушерства и гинекологии</u>

**Санкт- Петербург
2024 г.**

При разработке фонда оценочных средств в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством науки и высшего образования РФ от 09.01.2023г., приказ №6.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании кафедры акушерства и гинекологии от 26.06.2024, протокол №5, рассмотрена на заседании Ученого совета Института от 29.08.2024 г., протокол №1.

Заведующий кафедрой

М. С. Зайнулина

(подпись)

Разработчики:

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
С.

Зайнулина М.

Кандидат медицинских наук, доцент
кафедры акушерства и гинекологии

Мусина Е. В.

Рецензент:

Татарова Н. А., профессор, доктор медицинских наук, акушер-гинеколог
высшей категории, гинеколог-эндокринолог

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД-1 УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними ИД-2 УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению ИД-3 УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников	Вопросы экзамену к	1-6
		Тестовые задания	Раздел 1:1-3
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ИД-1 УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели ИД-2 УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений ИД-3 УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Вопросы экзамену к	7-12
		Тестовые задания	Раздел 1:4-5
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ИД-1 УК-5.1 Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач ИД-2 УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки ИД-3 УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития	Вопросы экзамену к	13-18
		Тестовые задания	Раздел 1:6-7
ОПК – 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование	ИД-1 ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей) ИД-2 ОПК-4.2. Проводит осмотр пациентов	Тестовые задания	Раздел 2: 8-10 Раздел 3: 1-6 Раздел 4:1-5 Раздел 5:1-8

пациентов	<p>ИД-3 ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные</p> <p>ИД-4 ОПК-4.4. Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты</p>		<p>Раздел 6:1-10</p> <p>Раздел 7:1</p> <p>Раздел 8: 1-2</p> <p>Раздел 9: 1-7</p> <p>Раздел 10: 1-4</p> <p>Раздел 11: 1-3</p> <p>Раздел 12:1-3</p> <p>Раздел 13:1-5</p> <p>Раздел 14: 1-4</p> <p>Раздел 15: 1-9</p>
		Ситуационные задачи.	1-10
		Вопросы к экзамену	19-24
ОПК – 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	<p>ИД-1 ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-2 ОПК-5.2. Назначает комплексное лечение</p> <p>ИД-3 ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий</p>	Тестовые задания	<p>Раздел 15: 10-14</p> <p>Раздел 14: 5-7</p> <p>Раздел 12:4-6</p> <p>Раздел 10: 5-9</p> <p>Раздел 13:6-8</p> <p>Раздел 2: 11-12</p> <p>Раздел 3: 7-11</p> <p>Раздел 7:2-3</p> <p>Раздел 9: 8-12</p> <p>Раздел 4:6-9</p> <p>Раздел 11:4-5</p> <p>Раздел 8:3-4</p> <p>Раздел 5:9-17</p> <p>Раздел 6:11-30</p>
		Ситуационные задачи.	11-15
		Вопросы к экзамену	25-30
ОПК – 6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации	<p>ИД-1 ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>ИД-2 ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в</p>	Тестовые задания	<p>Раздел 15: 15-33</p> <p>Раздел 14: 8-9</p> <p>Раздел 12:7-10</p> <p>Раздел 10: 10-12</p> <p>Раздел 13:9-10</p> <p>Раздел 2: 13-16</p> <p>Раздел 3: 12-16</p>

индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов		Раздел 7:4 Раздел 9: 13-18 Раздел 4:10-12 Раздел 11:6-9 Раздел 8:5-6 Раздел 5:18-22 Раздел 6:31-35
		Ситуационные задачи.	16-25
		Вопросы к экзамену	31-36
ОПК – 7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИД-1 ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу ИД-2 ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Тестовые задания	Раздел 15:34-45 Раздел 14: 10-13 Раздел 12:11-16 Раздел 10: 13-14 Раздел 13:11-12 Раздел 2: 17 Раздел 3: 17-18 Раздел 7:5 Раздел 9: 19-20 Раздел 4:13-17 Раздел 11:10-13 Раздел 8:7-8 Раздел 5:23-30 Раздел 6:36-41
		Ситуационные задачи.	26-30
		Вопросы к экзамену	37-42
ОПК – 8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению	ИД-1 ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов ИД-2 ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими	Тестовые задания.	Раздел 15:46-52 Раздел 14: 14-15 Раздел 12:17-18 Раздел 10: 15-16 Раздел 13:13-

населения	рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ИД-3 ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции ИД-4 ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни		15 Раздел 2: 18-19 Раздел 3: 19-22 Раздел 7:6 Раздел 9: 21-28 Раздел 4:18-20 Раздел 11:14-16 Раздел 8:9-10 Раздел 5:31-40 Раздел 6:42-49
		Ситуационные задачи.	31-35
		Вопросы к экзамену	43-48
ОПК – 9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ИД-1 ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде ИД-2 ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения ИД-3 ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации	Тестовые задания.	Раздел 15: 53-58 Раздел 14:16-18 Раздел 12:19-23 Раздел 10: 17 Раздел 13:16-21 Раздел 2: 20-25 Раздел 3: 23-24 Раздел 7:7 Раздел 9: 29-30 Раздел 4:21-22 Раздел 11:17-21 Раздел 8:11-12 Раздел 5:41-49 Раздел 6:50-60
		Ситуационные задачи.	36-40
		Вопросы к экзамену	49-54
ОПК – 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при	ИД-1 ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства ИД-2 ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского	Тестовые задания.	Раздел 15: 59-74 Раздел 14: 19-21 Раздел 12:24-29

состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	вмешательства		Раздел 10: 18 Раздел 13:22 Раздел 2: 26-28 Раздел 3: 25-28 Раздел 7:8 Раздел 9: 31-39 Раздел 4:23-27 Раздел 11:22-24 Раздел 8:13-14 Раздел 5:50-59 Раздел 6:61-74	
		Ситуационные задачи.	41-42	
		Вопросы к экзамену	55-60	
ПК – 1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ИД-1 ПК – 1.1 Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности ИД-2 ПК – 1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих	Тестовые задания.	Раздел 15: 72-75 Раздел 14: 22-34 Раздел 12:30-35 Раздел 10: 19-22 Раздел 13:23-24 Раздел 2: 29-32 Раздел 3: 29-33 Раздел 7:9-11 Раздел 9: 40-51 Раздел 4:28-30 Раздел 11:25-30 Раздел 8:15-16 Раздел 5:60-70 Раздел 6:75-90	
			Рефераты.	1-40
			Ситуационные задачи.	43-50
			Вопросы к экзамену	61-66
ПК – 2 Способен к проведению	ИД-1 ПК – 2.1 Проводит обследование пациентов в период беременности, в	Тестовые задания.	Раздел 15: 76-84 Раздел 14: 35-	

<p>обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза</p>	<p>послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза</p>		<p>38 Раздел 12:36-40 Раздел 10: 23-25 Раздел 13:25-29 Раздел 2: 33-34 Раздел 3: 34 Раздел 7:12 Раздел 9: 52-58 Раздел 4:31-33 Раздел 11:31-35 Раздел 8:17-18 Раздел 5:71-76 Раздел 6:91-98</p>
		Рефераты	1-40
		Ситуационные задачи.	43-50
		Вопросы к экзамену	67-72
<p>ПК – 3 Способен назначать лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях, проводить контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ИД-1 ПК – 3.1 Назначает и проводит лечение пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях ИД-2 ПК – 3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения</p>	Тестовые задания.	<p>Раздел 15: 85-87 Раздел 14: 39-41 Раздел 12:41-43 Раздел 10: 26-27 Раздел 13:30-31 Раздел 2: 35-36 Раздел 3: 35-39 Раздел 7:14 Раздел 9: 59-64 Раздел 4:34-37 Раздел 11:36-41 Раздел 8:19-20 Раздел 5:77-83 Раздел 6:99-103</p>
		Рефераты	1-40

		Ситуационные задачи.	43-50
		Вопросы к экзамену	73-78
ПК – 4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях	ИД-1 ПК – 4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях ИД-2 ПК – 4.2 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 и (или) стационарных условиях	Тестовые задания.	Раздел 15: 88-96 Раздел 14: 42-45 Раздел 12:44-47 Раздел 10: 28-30 Раздел 13:32-33 Раздел 2: 37-38 Раздел 3: 40-43 Раздел 7:15-16 Раздел 9: 65-69 Раздел 4:38-41 Раздел 11: 42 Раздел 8:21-22 Раздел 5:84-93 Раздел 6:104-111
		Рефераты	1-40
		Ситуационные задачи.	43-50
		Вопросы к экзамену	79-84
ПК – 5 Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными	ИД-1 ПК – 5.1 Демонстрирует умения проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях ИД-2 ПК – 5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров ИД-3 ПК – 5.3	Тестовые задания.	Раздел 15: 97-100 Раздел 14: 46-56 Раздел 12:48-50 Раздел 10: 31-32 Раздел 13:34-35 Раздел 2: 39-40 Раздел 3: 44-45 Раздел 9: 70-77 Раздел 4:42-45 Раздел 11:43-
		Рефераты	1-40
		Ситуационные задачи.	43-50
		Вопросы к экзамену	79-84

изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях	Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях для прохождения медико-социальной экспертизы		51 Раздел 8:23-32 Раздел 5:94-96 Раздел 6:112-119 Раздел 7: 15-16
		Рефераты.	1-40
		Ситуационные задачи.	43-50
		Вопросы к экзамену	85-90
ПК – 6 Способен оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	ИД-1 ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента ИД-2 ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях	Вопросы к экзамену	91-95
		Тестовые задания.	Раздел 12: 47 Раздел 14: 48 Раздел 13: 15 Раздел 14: 49

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
<p>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>ИД-1 УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними</p>	<p>Знать: профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; критерии оценки надежности источников медицинской и фармацевтической информации; этапы работы с различными информационными источниками уметь: критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации; критически оценивать надежность различных источников информации при решении задач научного исследования владеть: навыками поиска, отбора и критического анализа научной информации по специальности; навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения с позиций доказательной медицины;</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p>
	<p>ИД-2 УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению</p>	<p>Знать: методы и способы оценки возможности и вариантов применения современных достижений в области медицины и фармации. Уметь: определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по ее решению; обобщать и использовать</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>

		полученные данные Владеть: методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;			
	ИД-3 УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников	Знать: этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний органов и систем организма человека уметь: проводить дифференциальную диагностику, устанавливать закономерности функционирования органов и систем организма человека при различных заболеваниях и патологических состояниях владеть: навыками интерпретации и анализа информации для постановки диагноза с учетом МКБ			
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ИД-1 УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели	Знать: принципы организации трудовой деятельности в соответствии требований профессионального стандарта, способы использования медицинской этики в практике врача, среднего и младшего медицинского персонала психологию профессионального общения Уметь: применять принципы оказания населению медицинской помощи по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации Владеть: анализом мер по обеспечению выполнения работниками структурного подразделения своих должностных обязанностей и правил внутреннего	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.

		трудового распорядка и безопасности			
	ИД-2 УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений	Знать: принятые в профессиональном обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативно-правовые акты по работе с конфиденциальной информацией медицинской организации и пациента Уметь: соблюдать при руководстве командой принятые в профессиональном обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики и деонтологии. Владеть: организацией и управлением деятельности среднего и младшего медицинского персонала.	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
	ИД-3 УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Знать: планирование и прогнозирование деятельности структурного подразделения; показатели эффективности и результативности работы структурного подразделения Уметь: эффективно распределять обязанности между работниками при выполнении основных трудовых функций Владеть: системой контроля исполнения запланированных мероприятий, проведения инструктажа. Применяет навыки тайм-менеджмента	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного	ИД-1 УК-5.1 Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные,	Знать: методы определения личных и профессиональных интересов, образовательных мотивов и потребностей Уметь: структурировать	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен

<p>профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>	<p>ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач</p>	<p>приоритеты и выявлять ограничения личностного и профессионального развития с учётом этапа индивидуального пути и меняющихся требований рынка труда Владеть: приёмами оценки и самооценки результатов деятельности по решению задач личностного и профессионального развития</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p>	<p>самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p>
	<p>ИД-2 УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки</p>	<p>Знать: методы и технологии целеполагания и целереализации Уметь: определять и формулировать цели профессионального и личностного развития Владеть: приёмами целеполагания и планирования траектории собственного профессионального и личностного развития</p>	<p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p>
	<p>ИД-3 УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития</p>	<p>Знать перспективные сферы и направления личной и профессиональной самореализации Уметь планировать варианты достижения более высоких уровней профессионального и личностного развития Владеть приёмами выявления и оценки своих возможностей, личностных и профессионально-значимых качеств с целью их совершенствования</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
<p>ОПК – 4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>ИД-1 ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)</p>	<p>Знать основы патогенезе заболевания, в целях осуществления профилактики и ранней диагностики Уметь получать информацию о течении заболевания. Точно прогнозировать исходы. Владеть методами сбора и оценки анамнеза и особенностей течения</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p>

		беременности. Оценкой противопоказаний к сохранению беременности. Методами выявления факторов риска развития патологии во время беременности, проведение профилактики осложнений			
	ИД-2 ОПК-4.2. Проводит осмотр пациентов	<p>Знать общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению, порядки оказания медицинской помощи, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации при оказании медицинской помощи, основы топографической анатомии областей тела.</p> <p>Методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей), методику осмотра пациентов, методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний; основы и принципы дифференциальной диагностики, МКБ, принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов, симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций.</p> <p>Уметь выполнять инструментальные обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительн о» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания,</p>

		<p>помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none"> -обеспечивать безопасность инструментальных обследований пациентов, -определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, -определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам, -проводить дифференциальную диагностику осложнений, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ -определять медицинские показания для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи <p>Владеть сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов интерпретацией информации</p> <ul style="list-style-type: none"> -осмотром и обследованием пациентов -формулированием предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, -направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с 			<p>умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>-определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи пациентам</p>			
	<p>ИД-3 ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные</p>	<p>Знать этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний.</p> <p>Уметь -интерпретировать и анализировать результаты осмотра</p> <p>-интерпретировать и анализировать результаты инструментальных обследований пациентов.</p> <p>Владеть выполнением и обеспечением безопасности диагностических манипуляций пациентам.</p> <p>-интерпретацией результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов,</p> <p>-направлением пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>-установлением диагноза пациентам.</p> <p>-проведением дифференциальной диагностики осложнений</p>			

	ИД-4 ОПК-4.4. Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты	Знать нормальные физиологические показатели, а так же варианты патологических состояний Уметь диагностировать осложнения Владеть методами выявления факторов риска развития патологических состояний, проводить профилактику осложнений			
ОПК – 5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ИД-1 ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи	Знать адаптационные возможности организма при старении. Показания к госпитализации больных Уметь Определить основные анатомические и функциональные изменения, а различные возрастные периоды - Адаптационные возможности организма при старении. Владеть Знаниями по назначению терапии с учетом клинических рекомендаций.	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ОПК-5.2. Назначает комплексное лечение	Знать Знаниями по назначению терапии с учетом клинических рекомендаций. Уметь разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов -корректировать лечение при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, - определять медицинские показания для направления	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

		<p>пациентов к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи,</p> <ul style="list-style-type: none">- оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть коррекцией лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи,</p> <ul style="list-style-type: none">- способностью разработать план послеоперационного ведения пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи,- проведением профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных,- определением медицинских показаний для направления и направлением пациентов к врачам-специалистам при наличии показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, <p>-методами оказания медицинской</p>			
--	--	---	--	--	--

		помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.			
	ИД-3 ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий	Знать Причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления. Уметь Оценивать состояние пациенток после назначенной терапии Рассчитывать дозировку препаратов Владеть Навыком составления плана ведения пациенток из групп риска и разработка принципов наблюдения за патологическими состояниями			
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	ИД-1 ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Знать основы физиотерапии и лечебной физкультуры основы рационального питания и принципы диетотерапии. Методы профилактики и лечения традиционной медицины, а также методы лечения альтернативной медицины и психотерапии Уметь назначить план реабилитации после пациенток Владеть Методами сбора и оценки анамнеза Знаниями об особенности течения реабилитации при различных патологиях	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.

инвалидов	ИД-2 ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Знать показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению Уметь определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения Владеть методами выявления факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений	Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно» /«зачтено» «неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ОПК – 7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИД-1 ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу	Знать основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения. Уметь проводить диагностический процесс в дневном стационаре и на дому в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача Владеть навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного подразделения	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения

	ИД-2 ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Знать основы обязательного и добровольного медицинского страхования Уметь проводить профилактические мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях Владеть навыком ведения учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделения	Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно» /«зачтено» «неудовлетворительно» /«не зачтено»	типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ОПК – 8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ИД-1 ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов	Знать Основы топографической анатомии областей тела Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции. Уметь проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни. Владеть навыком составления плана ведения пациенток из групп "риска" и разработка принципов реабилитации в амбулаторных условиях	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим	Знать основные вопросы нормальной и патологической физиологии Уметь предупреждать развитие патологии и заболеваемости Владеть навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.

	<p>порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>		<p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p>
	<p>ИД-3 ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p>	<p>Знать проведение противоэпидемиологических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Уметь проводить мероприятия, направленные на защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки Владеть основами этики, деонтологии при проведении мероприятия, направленные на защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки</p>	<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
	<p>ИД-4 ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни</p>	<p>Знать основы топографической анатомии областей тела Уметь: проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни. Владеть: навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением.</p>			

<p>ОПК – 9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ИД-1 ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде</p>	<p>Знать правила ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах Уметь использовать современные медицинские информационные системы для ведения медицинской документации Владеть навыками ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p>
	<p>ИД-2 ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения</p>	<p>Знать основы анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения Уметь проводить анализ показателей общественного здоровья прикрепленного населения Владеть анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p>
			<p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p>

	ИД-3 ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации	Знать принципы организации деятельности медицинского персонал Уметь организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть навыками управления командой подчиненных проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонал	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» / «не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ОПК – 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИД-1 ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства	Знать: клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) Уметь: распознавать состояния, требующие срочного медицинского вмешательства Владеть: навыком распознавания состояний, требующих срочного медицинского вмешательства. Навыком оценки состояния пациентов, требующего оказания неотложной медицинской помощи	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-2 ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую	Знать: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) Уметь: применять лекарственные	Пороговый уровень сформированности	«удовлетворительно» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие

	помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	препараты и медицинские изделия при оказании неотложной медицинской помощи оказывать неотложную медицинскую помощь Владеть: навыком применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании неотложной медицинской помощи. Навыком оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	компетенции Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» / «не зачтено»	знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ПК – 1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ИД-1 ПК – 1.1 Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности	Знать основы здорового образа жизни, формирования мотивации поддержания здоровья, укрепление принципов правильного питания. Уметь проводить пропагандистскую работу по формированию здорового образа жизни среди населения. Владеть необходимыми знаниями для возможности пропагандирования здорового образа жизни у населения.	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ПК – 1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих	Знать основы здорового образа жизни, методы его формирования. Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» / «не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет

		<p>снижения потребления табака и алкоголя, борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ</p> <p>Принципы организации и проведения школ для пациентов в период беременности, в послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями</p> <p>Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Принципы диспансерного наблюдения, в том числе в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, в соответствии нормативными правовыми актами</p> <p>Порядок организации медицинских осмотров, проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения</p> <p>Современные методы профилактики аборт, современные методы контрацепции</p> <p>Методы скрининга онкологических заболеваний в гинекологии и вакцинопрофилактики вируса папилломы человека (ВПЧ)</p> <p>Уметь проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни среди женщин, по профилактике гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез</p> <p>-организовывать и проводить медицинские профилактические осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p>			<p>необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>органов женской репродуктивной системы, включая мероприятия по профилактике и раннему выявлению гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез</p> <ul style="list-style-type: none">-проводить консультирование пациентов в период беременности и родов, направленное на предупреждение развития акушерских осложнений, пациентов в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, направленное на предупреждение развития рецидивов и осложнений заболеваний-проводить диспансеризацию среди женщин-проводить диспансерное наблюдение пациентов, в том числе в период беременности и в послеродовой период, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи-заполнять и направлять экстренное извещение о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при выявлении инфекционного заболевания-определять медицинские показания к введению ограничительных			
--	--	---	--	--	--

		<p>мероприятий (карантина) -проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции Владеть навыком проведения работы по пропаганде здорового образа жизни среди женщин, профилактике акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез -навыком назначения профилактических мероприятий по снижению материнской, перинатальной и гинекологической заболеваемости, контроль за их соблюдением в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи -навыком формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака и алкоголя, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, борьбы с лишним весом у женщин -навыком организации и проведения медицинских профилактических осмотров в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями органов женской репродуктивной системы, а также иных мероприятий по профилактике и раннему выявлению гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез -навыком контроля выполнения профилактических мероприятий у</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>женского населения и оценка эффективности их проведения</p> <ul style="list-style-type: none"> -навыком проведения диспансеризации женщин -навыком диспансерного наблюдения женщин, в том числе в период беременности и в послеродовой период -навыком заполнения и направления экстренного извещения о случае инфекционного, паразитарного и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при выявлении инфекционного заболевания у женщин -навыком определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления пациенток к врачу-специалисту -навыком проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний у женщин 			
<p>ПК – 2 Способен к проведению обследования пациентов в период беременности, в период беременности, в</p>	<p>ИД-1 ПК – 2.1 Проводит обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после</p>	<p>Знать общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению</p> <ul style="list-style-type: none"> -порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" -стандарты первичной медико- 	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p>	«отлично»/ «зачтено»	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе</p>

<p>послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическим и заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза</p>	<p>прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях с целью установления диагноза</p>	<p>санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" -клинические рекомендации при оказании медицинской помощи -основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей -основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы -взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей -методику сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания у пациентов (их законных представителей) в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
---	---	--	--	---	--

		<p>-методику осмотра и медицинских обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями</p> <p>-этиологию, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период</p> <p>-этиологию, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика неотложных состояний у новорожденных</p> <p>-этиологию, патогенез, современная классификация, факторы риска,</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>клиническая симптоматика, методы диагностики гинекологических заболеваний</p> <p>-этиологию, патогенез, классификация, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии</p> <p>-этиологию, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики заболеваний молочных желез</p> <p>-медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза</p> <p>-медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>-основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез и других болезней и (или) состояний</p> <p>-МКБ</p> <p>-медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности</p> <p>-принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов</p> <p>-симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>Уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей)</p> <p>-интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <ul style="list-style-type: none">-оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, в том числе в период беременности, родов и в послеродовой период-применять методы осмотра и медицинских обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей: <ul style="list-style-type: none">- проводить аускультацию плода с помощью стетоскопа, ручного доплеровского устройства;-проводить бимануальное влагалищное исследование;-визуальное исследование и пальпация молочных желез;- проводить визуальный осмотр наружных половых органов;- проводить измерение окружности живота, высоты дна матки, размеров таза;-проводить кардиотокографию плода (далее - КТГ);- проводить контроль шевелений плода во время беременности;-определять срока беременности;-проводить осмотр шейки матки в зеркалах;-оценивать зрелость шейки матки по шкале Bischof;-делать оценку менструального календаря;-оценивать состояние пациентки;			
--	--	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">-оценивать степени развития молочных желез (В 1 - 5) и полового оволосения (Р 1 - 5,6) по Таннеру;-проводить пальпацию плода, определение положения, вида, позиции и предлежащей части плода;-получать влагищный мазок, соскоб вульвы и соскоб с шейки матки;-проводить физикальное исследование различных органов и систем-интерпретировать и анализировать результаты осмотров и медицинских обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с установлением предварительного диагноза-обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи-интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов в период беременности, в послеродовой			
--	--	---	--	--	--

		<p>период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-обеспечивать оптимальный выбор принципов подготовки к планируемой беременности, принципов ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями</p> <p>-обосновывать, планировать объем и назначать инструментальные обследования пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-выполнять инструментальные обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none">- амниоцентез;-биопсию вульвы/влагалища;- биопсию шейки матки;-биопсию эндометрия (цуг, пайпель);			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">-биопсию хориона/плаценты;-вакуум-аспирацию эндометрия;-гистероскопию;-зондирование матки;-кольпоскопию/вагиноскопию/вульвоскопию;-контрастную эхогистеросальпингоскопию;-раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (далее - РДВ).-интерпретировать и анализировать результаты инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез:-амниоскопии;-гистеросальпингографии;-гистероскопии;-кольпоскопии/вагиноскопии/вульвоскопии;-компьютерной томографии (далее - КТ) органов малого таза, в том числе с контрастированием;-контрастной эхогистеросальпингоскопии;-КТГ плода;-магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ) органов малого таза, в том числе с внутривенным контрастированием;-маммографии;-ультразвукового исследования (далее - УЗИ) органов малого таза;-УЗИ органов брюшной полости;-УЗИ почек и мочевыводящих путей;			
--	--	--	--	--	--

		<p>-УЗИ молочных желез; -УЗИ плода и плаценты; -УЗИ-цервикометрии; -ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока. -обеспечивать безопасность инструментальных обследований в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате инструментальных обследований -определять показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи -интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования врачами-специалистами пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>-определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ</p> <p>-проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез</p> <p>-устанавливать диагноз в соответствии с МКБ пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-определять медицинские показания и направлять пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи с учетом</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть-навыком сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей)</p> <p>-навыком интерпретации информации, полученной от пациентов (их законных представителей) в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-навыком осмотра и медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-навыком формулирования предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-навыком направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные обследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-навыком выполнения и обеспечения безопасности диагностических манипуляций пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-навыком интерпретации результатов осмотра и медицинского обследования, лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-навыком направления пациентов в</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>-навыком направления пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, в условиях стационара или дневного стационара при наличии медицинских показаний</p> <p>- Навыком обеспечения оптимального выбора принципов подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями</p> <p>- Навыком установления диагноза пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)</p> <p>-навыком дифференциальной диагностики акушерских</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез</p> <p>-навыком определения медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p>			
<p>ПК – 3</p> <p>Способен назначать лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях, проводить его контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ИД-1 ПК – 3.1</p> <p>Назначает и проводит лечение пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p>	<p>Знать общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению</p> <p>-порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"</p> <p>-стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"</p> <p>-клинические рекомендации при оказании медицинской помощи</p> <p>-основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</p> <p>-основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями,</p>

		<p>репродуктивной системы и молочных желез пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы</p> <p>-взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</p> <p>-принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и медицинские противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению</p> <p>-принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями</p> <p>-методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период</p> <p>-принципы оказания реанимационной помощи новорожденному</p> <p>-методы лечения гинекологических заболеваний</p> <p>-методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии</p> <p>-методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез</p> <p>-способы искусственного</p>			<p>умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	--	--	--	---

		<p>прерывания беременности</p> <p>-медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических</p> <p>-технику проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-принципы обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-медицинские показания для</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи</p> <p>Уметь оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-разрабатывать план лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и немедикаментозную терапию пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения</p> <p>-назначать лечебное питание пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи:</p> <p>-вводить и извлекать акушерское разгружающее поддерживающее кольцо (пессария);</p> <p>-вводить и удалять внутриматочной спирали;</p> <p>- гистерорезектоскопию;</p> <p>- дренировать абсцесс женских половых органов;</p> <p>- проводить зондирование матки;</p> <p>- проводить искусственное прерывание беременности (аборт), в том числе медикаментозный аборт;</p> <p>- проводить криодеструкцию шейки матки;</p>			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- проводить рассечение девственной плевы;-проводить рассечение синехий малых половых губ;- расширять цервикальный канал;- владеть методиками раздельного выскабливания полости матки и цервикального канала;- методиками спринцевания влагалища;-тампонировать лечебное влагалища;-удалять инородного тела из влагалища;-удалять полипа шейки матки;-применять хирургическое лечение генитальных бородавок с использованием электрической, в том числе высокочастотной; радиоволновой, криогенной, ультразвуковой и лазерной энергий;-применять хирургическое лечение шейки матки с использованием электрической, в том числе высокочастотной; радиоволновой, криогенной, ультразвуковой и лазерной энергий;- выполнять энуклеацию кисты большой железы преддверия влагалища-обеспечивать безопасность медицинских вмешательств, в том числе хирургических, проводимых пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез-разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов в период беременности, в			
--	--	---	--	--	--

		<p>послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-корректировать лечение при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии</p> <p>-определять медицинские показания для направления пациентов в</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-определять медицинские показания и направлять пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть навыком оценки тяжести состояния пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>- навыком разработки плана лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза, возрастных анатомо-физиологических особенностей и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none">- навыком назначения, оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи- навыком назначения лечебного питания пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи- навыком назначения и выполнения			
--	--	--	--	--	--

		<p>медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none">- навыком обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, проводимых пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез- навыком коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез- навыком разработки плана послеоперационного ведения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями			
--	--	---	--	--	--

		<p>и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- навыком профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии</p> <p>- навыком определения медицинских показаний для направления и направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам при наличии показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- навыком определения медицинских показаний и направления пациентов в период</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи в условиях стационара или дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- навыком оказания медицинской помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p>			
	ИД-2 ПК – 3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения	<p>Знать побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, применяемых в акушерстве и гинекологии</p> <p>Уметь осуществлять профилактику побочных эффектов основных групп лекарственных препаратов, применяемых в акушерстве и гинекологии</p> <p>Владеть навыками прогнозирования и профилактики побочных эффектов основных групп лекарственных препаратов, применяемых в акушерстве и гинекологии</p>			
ПК – 4 Способен и проводить	ИД-1 ПК – 4.1 Разрабатывает и проводит	Знать порядок организации медицинской реабилитации и порядок организации санаторно-	Повышенный уровень сформированности	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует

<p>контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими и заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p>	<p>реабилитационные мероприятия для пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p>	<p>курортного лечения - Методы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез - медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий, санаторно-курортного лечения у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез -механизм воздействия реабилитационных мероприятий, санаторно-курортного лечения на организм пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез -медицинские показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-</p>	<p>компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
---	--	---	---	---	--

		<p>курортного лечения</p> <p>-основные программы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>-способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>Уметь разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>-определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>-проводить мероприятия по медицинской реабилитации, санаторно-курортному лечению пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>-определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>-оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <p>Владеть навыком разработки плана мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>-навыком определения медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>-навыком назначения пациентов в</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p> <p>-навыком проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации</p> <p>-навыком оценки эффективности и безопасности проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения</p>			
--	--	---	--	--	--

	<p>ИД-2 ПК – 4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественным и диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p>	<p>Знать: нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков нетрудоспособности -порядок оформления медицинской документации пациентам для проведения медико-социальной экспертизы -медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации Уметь: определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, оформлять листки нетрудоспособности, выдавать листок временной нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи -оформлять медицинскую документацию пациентам для проведения медико-социальной экспертизы -определять медицинские показания у пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы Владеть: навыком определения наличия временной нетрудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно» /«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	---	---	---	---

			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
	ИД-2 ПК – 5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров	Знать: -нормативные правовые акты, регламентирующие оформление медицинской документации при снижении трудоспособности в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях для прохождения медико-социальной экспертизы Уметь: определять признаки временной нетрудоспособности в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях для прохождения медико-социальной экспертизы Владеть: навыком определения наличия временной нетрудоспособности пациентов в	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено» «удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.

		период беременности, в послеродовой период.	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» / «не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
	ИД-3 ПК – 5.3 Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественным и диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях для прохождения медико-социальной экспертизы	Знать: Порядок оказания первой медицинской помощи при экстренных и угрожающих жизни состояниях, порядок проведения интенсивной терапии Уметь: Оказывать первую медицинскую помощь при экстренных и угрожающих жизни состояниях Владеть: Навыками оказания первой медицинской помощи при экстренных состояниях	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно»	Компетенция не освоена.

				о» /«не зачтено»	Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ПК – 6 Способен оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	ИД-1 ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента	<p>Знать: Порядок оказания первой медицинской помощи при экстренных и угрожающих жизни состояниях, порядок проведения интенсивной терапии в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p> <p>Уметь: Оказывать первую медицинскую помощь при экстренных и угрожающих жизни состояниях в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p> <p>Владеть: Навыками оказания первой медицинской помощи при экстренных состояниях в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных и (или) стационарных условиях</p>	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно» /«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или

					частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	--	--	--	--	---

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Вопросы к экзамену	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по дисциплине в целом	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса.
2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения.	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной

4.	Реферат	<p>Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p>	Темы рефератов	<p>задачи.</p> <p>Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.</p> <p>Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические</p>
----	---------	---	----------------	--

				издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
--	--	--	--	---

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
90-100	Отлично
80-89	Хорошо
70-79	Удовлетворительно
0-69	Неудовлетворительно

Разбор ситуационных задач

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены..
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные

Оценка	Описание
	выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Собеседование по вопросам к экзамену

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Тестовые задания

РАЗДЕЛ 1 Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи

Выберите один правильный ответ

УК-1

1. СРОК РОДОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- 1) Первый день последней менструации +14 дней – 3 месяца
- 2) Первый день последней менструации +7 дней – 3 месяца
- 3) Первый день последней менструации – 3 месяца
- 4) Первый день последней менструации +7 дней – 4 месяца

2. РОДЫ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ УКРАЧИВАЮТ РОДЫ

- 1) На 2 часа
- 2) На 1 час

- 3) На 3 часа
- 4) На 1,5 часа

3. КАЖДЫЕ ЧЕТЫРЕ ЧАСА В РОДАХ ИССЛЕДУЮТСЯ

- 1) Пульс
- 2) АД, температуру
- 3) Контрактильную деятельность матки
- 4) КТГ

УК-3

4. ВНУТРЕННЕЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РОДАХ ПРОВОДИТСЯ

- 1) 1 раз в 3 часа
- 2) 1 раз в 4 часа
- 3) 1 раз в 6 часов
- 4) 2 раза в родах

5. ЗАПИСЬ ДНЕВНИКОВ В РОДАХ ВЕДЕТСЯ

- 1) Каждый час
- 2) Каждые 2 часа
- 3) Каждые 3 часа
- 4) Каждые 4 часа

УК-5

6. ВЕДЕНИЕ ПАРТОГРАММЫ В РОДАХ

- 1) Обязательно
- 2) Не обязательно
- 3) По показаниям
- 4) Можно не проводить

7. ПАРТОГРАММА НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ РЕГИСТРАЦИЮ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- 1) Сократительную активность матки
- 2) Частота сердечных сокращений плода
- 3) Диурез
- 4) Шевеление плода

РАЗДЕЛ 2 Физиологическое акушерство

ОПК-4

8. ЛАТЕНТНАЯ ФАЗА ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Регулярной родовой деятельностью, сглаживанием шейки матки, раскрытием маточного зева 3-4 см
- 2) Наличием потуг.
- 3) Регулярной родовой деятельностью, раскрытием маточного зева 8-9 см
- 4) Отсутствием схваток, раскрытием маточного зева 5-6 см

9. АКТИВНАЯ ФАЗА РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Раскрытием маточного зева до 4 см
- 2) Раскрытием маточного зева 8 см – полное открытие
- 3) Потугами
- 4) Не сглаженной шейкой матки

10. НОРМА СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПЛОДА

- 1) 86 уд в мин
- 2) 100 уд в мин
- 3) 110-160 уд в минуту
- 4) 160 и более ударов в мин

ОПК-5

11. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) Родостимуляция с амниотомией
- 2) Медикаментозное усиление маточных сокращений
- 3) КТГ (по медицинским показаниям)
- 4) Заставлять женщину тужиться

12. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ – ЭТО

- 1) Раскрытие маточного зева до 6 см
- 2) Рождение последа
- 3) Полное раскрытие маточного зева - рождение ребенка
- 4) Осмотр родовых путей

ОПК-6

13. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВТОРОГО ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ В РОДАХ НЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ БОЛЕЕ

- 1) 2 часов
- 2) 4 часов
- 3) 1,5 часов
- 4) 3 часов

14. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВТОРОГО ПЕРИОДА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ В РОДАХ НЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ БОЛЕЕ

- 1) 2 часов
- 2) 4 часов
- 3) 1,5 часов
- 4) 3 часов

15. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ В ОДНОЙ ПЛОСКОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ В СРЕДНЕМ

- 1) 20-30 минут
- 2) 30-40 минут

- 3) 40-50 минут
- 4) 50 минут и более

16. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ В ОДНОЙ ПЛОСКОСТИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ В СРЕДНЕМ

- 1) 20-30 минут 2) 30-40 минут
- 3) 40-50 минут
- 4) 50 минут и более

ОПК-7

17. МОЖНО ЛИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПРИЕМЫ ВЫДАВЛИВАНИЯ ПЛОДА (КРИСТЕЛЛЕРА)

- 1) Однозначно нет
- 2) Можно по показаниям
- 3) Можно при физиологических родах
- 4) При патологических родах

ОПК- 8

18. КТО ПРИНИМАЕТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ

- 1) Заведующий родильным залом
- 2) Акушер-гинеколог
- 3) Акушерка
- 4) Ординатор

19. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ РАССЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

- 1) Проводится всем женщинам
- 2) Тазовое предлежание плода, дистоция плечиков
- 3) Разрывы 2 степени в предыдущих родах
- 4) Головное предлежание плода

ОПК-9

20. ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ ЭТО

- 1) Рождение плода
- 2) Рождение плаценты
- 3) Раскрытие шейки матки
- 4) Осмотр родовых путей

21. К ПРИЗНАКАМ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ОТНОСИТСЯ

- 1) Альфельда
- 2) Кристеллера
- 3) Влейна
- 4) Предера

22. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ АЛЬФЕЛЬДА

- 1) Изменение формы и высота стояния дна матки

- 2) Удлинение наружного отрезка пуповины
- 3) Удлинение пуповины после потуги
- 4) Не втягивается пуповина при надавливании над лоном

23. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ШРЕДЕРА

- 1) Изменение формы и высота стояния дна матки
- 2) Удлинение наружного отрезка пуповины
- 3) Удлинение пуповины после потуги
- 4) Не втягивается пуповина при надавливании над лоном

24. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ КЛЕЙНА

- 1) Изменение формы и высота стояния дна матки
- 2) Удлинение наружного отрезка пуповины
- 3) Удлинение пуповины после потуги
- 4) Не втягивается пуповина при надавливании над лоном

25. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ КЮСТНЕРА-ЧУКАЛОВА

- 1) Изменение формы и высота стояния дна матки
- 2) Удлинение наружного отрезка пуповины
- 3) Удлинение пуповины после потуги
- 4) Не втягивается пуповина при надавливании над лоном

ОПК-10

26. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) В момент врезывания головки
- 2) В первую минуту после рождения плода
- 3) Через 5 минут после рождения
- 4) При врезывании плечиков

27. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ 3 ПЕРИОДА РОДОВ НЕ БОЛЕЕ

- 1) 20 минут
- 2) 40 минут
- 3) 30 минут
- 4) 50 минут

28. ЕСЛИ ПОСЛЕД НЕ ВЫДЕЛИЛСЯ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИНУТ ПОКАЗАНО

- 1) Потягивание последа за пуповину
- 2) Ручное выделение последа
- 3) Выкручивание плаценты
- 4) Удаление плодных оболочек

ПК-1

29. ТОНУС МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ ОЦЕНИВАЮТ

- 1) Каждые 20 минут 2 часа

- 2) Каждые 15 минут 2 часа
- 3) Каждые 30 минут 3 часа
- 4) Каждые 30 минут 2 часа

30. НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ РАЗРЫВАМИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Разрыв 1 степени
- 2) Разрыв 2 степени
- 3) Разрыв 3 степени
- 4) Разрыв 2-3 степени

31. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ 2 СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДАЕТСЯ

- 1) Кожа и слизистая
- 2) Слизистая
- 3) Мышцы промежности
- 4) Анальный сфинктер

32. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ 3 СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДАЕТСЯ

- 1) Кожа и слизистая
- 2) Слизистая
- 3) Мышцы промежности
- 4) Анальный сфинктер

ПК-2

33. НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ СЧИТАЕТСЯ

- 1) Менее 3000 гр
- 2) Менее 2500 гр
- 3) Менее 1500 гр
- 4) Менее 500 гр

34. ПУПОВИНА ПРИ РОЖДЕНИИ ПЕРЕЖИМАЕТСЯ

- 1) В течение 1 минуты
- 2) В течении 2 минут
- 3) В течение 4 минут
- 4) В течение 5 минут

ПК-3

35. ПРИКЛАДЫВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО К ГРУДИ НЕОБХОДИМО

- 1) После взвешивания
- 2) После вторичной обработки
- 3) Сразу после рождения
- 4) В послеродовом отделении

36. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ ВО

ВРЕМЯ ПЕРВИЧНОГО ТУАЛЕТА НОВОРОЖДЕННОГО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) 1% мазь тетрациклина гидрохлорида
- 2) Раствор нитрата серебра
- 3) Альбуцид
- 4) Физиологический раствор

ПК-4

37. ПРОФИЛАКТИКОЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Пеленание ребенка с ручками
- 2) Совместное пребывание матери и ребенка
- 3) Транспортировка ребенка в различные помещения стационара
- 4) Почасовое вскармливание ребенка

38. НА КАКИЕ СУТКИ СНИМАЮТСЯ ШВЫ НА ПРОМЕЖНОСТИ

- 1) На 3 сутки
- 2) На 4 сутки
- 3) На 5-7 сутки
- 4) На 7-8 сутки

ПК-5

39. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ИНТРАНАТАЛЬНОГО КТГ МОНИТОРИНГА СО СТОРОНЫ МАТЕРИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Преэклампсия
- 2) Переношенная беременность
- 3) Гестационный сахарный диабет
- 4) Тазовое предлежание плода

40. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ИНТРАНАТАЛЬНОГО КТГ МОНИТОРИНГА СО СТОРОНЫ ПЛОДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Преэклампсия
- 2) Маловодие
- 3) Преждевременные роды (недоношенность)
- 4) Тазовое предлежание плода

Эталонные ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	2	3	3	1	4	1	2	3
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	3	4	1	2	1	1	3	2	2
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	2	1	3	4	2	3	2	2	1
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
2	4	2	1	3	1	2	3	4	1

РАЗДЕЛ 3 Патологическое акушерство

ОПК-4

1. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Отек головного мозга (кома 3)
2. Преэклампсия
3. Сепсис
4. Острая гипоксия плода

2. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Ишемия головного мозга
2. Эклампсия
3. Сепсис
4. Преэклампсия

3. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Острая гипоксия плода
2. Острый пиелонефрит
3. Рефрактерный шок
4. Преэклампсия

4. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Несостоятельность хирургического гемостаза
2. Предлежание плаценты
3. Компенсированная дыхательная недостаточность
4. Эффективный токолиз

5. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. Состоятельный хирургический гемостаз
2. Прогрессирующая отслойка плаценты
3. Компенсированная дыхательная недостаточность
4. Эффективный токолиз

6. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Преэклампсия
- 2) Предлежание плаценты
- 3) Декомпенсированная дыхательная недостаточность
- 4) Эффективный токолиз

ОПК-5

7. ДЛЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ХАРАКТЕРНО

- 1) Не регулярные схватки (менее 2 за 60 мин)

- 2) Динамические изменения шейки матки
- 3) Острая гипоксия плода
- 4) Длина шейки матки 3 см

8. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ТОКОЛИЗА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин)
- 2) Отсутствие динамических изменений шейки матки
- 3) Кровотечение
- 4) Длина шейки матки 2-2,5 см

9. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ТОКОЛИЗА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Регулярные схватки (менее 2 за 60 мин)
- 2) Динамические изменения шейки матки
- 3) Острая гипоксия плода
- 4) Длина шейки матки 2-2,5 см

10. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОКОЛИЗА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Атосибан
- 2) Нифедипин
- 3) Гексапринолина сульфат
- 4) Индометацин

11. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОКОЛИЗА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРЕПАРАТОМ ВТОРОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Атосибан
- 2) Нифедипин
- 3) Гексапринолина сульфат
- 4) Индометацин

ОПК-6

12. СУЛЬФАТ МАГНИЯ БЕРЕМЕННЫМ НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЮЮ

- 1) Токолиза
- 2) Нейропротекции (профилактики ДЦП) у новорожденных
- 3) Обезоливания
- 4) Усиления родовой деятельности

13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Гипертензия
- 2) Почечная недостаточность
- 3) Заболевания сердца
- 4) Хориоамнионит

14. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТОГОНИСТОВ ОКСИТОЦИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Отслойка плаценты
- 2) Гипотония матки
- 3) Гипертензия
- 4) Беременность более 24 недель, менее 33 недель + дней 6

15. ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Тахикардия
- 2) Брадикардия
- 3) Аллергическая реакция
- 4) Увеличение ЧСС

16. ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ ОКСИТОЦИНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Артериальная гипотензия
- 2) Нарушение ЧСС
- 3) Гипогликемия
- 4) Гипертонус матки

ОПК-7

17. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ТОКОЛИЗА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПОКАЗАНА

- 1) Транспортировка под прикрытием другого токолитика
- 2) Пациентка должна остаться в ЛПУ
- 3) Экстренное кесарево сечение
- 4) Транспортировка только санитарной авиацией

18. К ПЕРЕЧНЮ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И РОЖЕНИЦ В АКУШЕРСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ III ГРУППЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) Предлежание плаценты
- 2) Преждевременные роды при сроке более 32 недель
- 3) Пиелонефрит беременных
- 4) Кесарево сечение в анамнезе с признаками состоятельности рубца

ОПК-8

19. К ОСНОВНЫМ СОСТОЯНИЯМ ТРЕБУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) Преэклампсия
- 2) Хронический гепатит
- 3) Анемия легкой степени
- 4) Анемия средней степени

20. К ОСНОВНЫМ СОСТОЯНИЯМ ТРЕБУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) Преэклампсия умеренная
- 2) Острый жировой гепатоз
- 3) Острая гипоксия плода
- 4) Анемия средней степени

21. К ОСНОВНЫМ СОСТОЯНИЯМ ТРЕБУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) ДВС синдром
- 2) Сахарный диабет, без кетоацидоза
- 3) Средняя форма эпилепсии
- 4) Острый пиелонефрит во время беременности

22. К ОСНОВНЫМ СОСТОЯНИЯМ ТРЕБУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) Преэклампсия умеренная
- 2) Сахарный диабет, без кетоацидоза
- 3) Компенсированная сердечная недостаточность
- 4) Сепсис во время беременности

ОПК-9

23. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) Агональное состояние пациентки
- 2) Непрогрессирующая отслойка плаценты
- 3) Состоятельность хирургического гемостаза
- 4) Преэклампсия

24. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) Компенсированное состояние пациентки
- 2) Прогрессирующая отслойка плаценты
- 3) Состоятельность хирургического гемостаза
- 4) Преэклампсия

ОПК 10

25. ОЧЕНЬ РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ЭТО

- 1) до 28 недель
- 2) 29-30 недель
- 3) 34-36 недель

4) 31-33 недели

26. РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ЭТО

1) до 28 недель

2) 29-30 недель

3) 34-36 недель

4) 31-33 недели

27. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ЭТО

1) до 28 недель

2) 29-30 недель

3) 34-36 недель

4) 31-33 недели

28. ПОЗДНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ЭТО

1) до 28 недель

2) 29-30 недель

3) 34-36 недель

4) 31-33 недели

ПК-1

29. ФАКТОРАМИ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ПРОШЛЫМ БЕРЕМЕННОСТЯМ ЯВЛЯЮТСЯ

1) Высокий социально-экономический уровень

2) Многоплодная/индуцированная беременность

3) Возраст более 18, менее 34 лет

4) Конизация шейки матки

30. ФАКТОРАМИ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ РАЗВИТИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) Инфекция мочевыводящих путей

2) Стрессовая ситуация

3) Маловодие

4) Конизация шейки матки

31. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1) Ограничение внутриматочных манипуляций

2) Не информированность о риске после ВРТ

3) Рутинное применение витаминов

4) Увеличение количества перенесенных эмбрионов

32. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ (В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ) ВКЛЮЧАЕТ

1) Внедрение антитабачных программ во время беременности

- 2) Дополнительный прием антиоксидантов
- 3) Назначение витаминных комплексов
- 4) Назначение антикоагулянтов

33. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ (В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ) ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Прием йодомарина во время беременности
- 2) Дополнительный прием антиоксидантов
- 3) Назначение витаминных комплексов
- 4) Назначение вагинального прогестерона у женщин с преждевременными родами в анамнезе

ПК-2

34. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ, НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА УКРОЧЕННУЮ ШЕЙКУ МАТКИ

- 1) Снижает риск преждевременных родов
- 2) Повышает риск преждевременных родов
- 3) Не влияет
- 4) Способствуют пролонгированию беременности до 36 недель

ПК-3

35. ВЕРОЯТНОСТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ ПРИ ДЛИНЕ ШЕЙКИ МАТКИ 3 СМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1%
- 2) 5%
- 3) 10%
- 4) 20%

36. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МАРКЕР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- 1) Длина шейки матки менее 3 см (по данным гинекологического исследования)
- 2) Выявление фибронектина в шеечно-влагалищном секрете
- 3) Определение фосфорилированного протеина 1 в шеечном секрете
- 4) Длина шейки матки менее 2,5 см (по данным УЗИ)

37. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более
- 2) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели
- 3) Поздние преждевременные роды
- 4) Беременные, не нуждающиеся в досрочном родоразрешении

38. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫБОРА ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Хориоамнионит
- 2) Предлежание плаценты
- 3) Компенсированное состояние матери или плода

4) Неосложненная беременность до 34 недель

39. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫБОРА ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Хроническая гипоксия плода
- 2) Предлежание плаценты
- 3) Декомпенсированное состояние матери или плода
- 4) Неосложненная беременность до 34 недель

ПК-4

40. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКУ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ

- 1) 3 часа
- 2) Сразу после постановки диагноза
- 3) При появлении симптомов хориоамнионита
- 4) Через 6 часов

41. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более
- 2) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели
- 3) Поздние преждевременные роды
- 4) Беременные, не нуждающиеся в досрочном родоразрешении

42. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫБОРА ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Хориоамнионит
- 2) Предлежание плаценты
- 3) Компенсированное состояние матери или плода
- 4) Неосложненная беременность до 34 недель

43. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫБОРА ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Хроническая гипоксия плода
- 2) Предлежание плаценты
- 3) Декомпенсированное состояние матери или плода
- 4) Неосложненная беременность до 34 недель

ПК-5

44. ПРИЗНАКИ ХОРИАМНИОНИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) Тахикардия плода более 160 уд в минуту
- 2) Выделения из влагалища без запаха
- 3) Температура у матери 37 0С
- 4) Тахикардия матери менее 100 уд в минуту

45. ПРИЗНАКИ ХОРИАМНИОНИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) Тахикардия плода менее 160 уд в минуту
- 2) Выделения из влагалища без запаха
- 3) Температура у матери 37 0С
- 4) Тахикардия матери более 100 уд в минуту

Эталоны ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	1	2	3	2	1	2	1
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	2	3	1	2	1	2	1	1	2
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	4	1	2	1	2	4	3	4	1
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	1	4	2	1	2	2	1	3	2
41	42	43	44	45					
2	1	3	1	4					

РАЗДЕЛ 4 Оперативное акушерство

ПРОЧИТАЙТЕ ЗАДАНИЕ И ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА

ОПК-4

1. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Выпадение петель пуповины
- 2) Хроническая гипоксия плода.
- 3) Продольное положение плода
- 4) Тазовое предлежание плода с массой менее 3600 грамм

2. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Беременность 37 недель
- 2) Хроническая гипоксия плода.
- 3) Беременность 41 неделя, при отсутствии эффекта от подготовки к родам
- 4) Тазовое предлежание плода с массой менее 3600 грамм

3. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Хроническая гипоксия плода.
- 2) Фето-фетальный трансфузионный синдром
- 3) Одно кесарево сечение в анамнезе
- 4) Тазовое предлежание плода с массой менее 3600 грамм

4. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) 37 недель
- 2) 38 недель
- 3) 39 недель
- 4) 41 неделя

5. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ОПЕРАЦИОННОЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) 22 градуса
- 2) 24 градуса
- 3) 25 градусов
- 4) 27 градусов

ОПК-5

6. КАКОЙ РАЗРЕЗ НА МАТКЕ В ПРЕДЫДУЩИХ РОДАХ (КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ) НАИМЕНЕЕ УГРОЖАЕМ ПО РАЗРЫВУ МАТКИ

- 1) Т-образный разрез
- 2) Вертикальный разрез
- 3) Корпоральное
- 4) Поперечный

7. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Дицинон
- 2) Транексамовая кислота
- 3) Окситоцин
- 4) Физиологический раствор

8. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МАТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Однорядным швом
- 2) Двурядным швом
- 3) Скобами
- 4) Баллоном

9. АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ (ПЕРВЫЙ ВЫБОР)

- 1) Общая
- 2) Спинальная
- 3) Эпидуральная
- 4) Местная

ОПК-6

10. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Во время операции
- 2) Перед операцией
- 3) После извлечения плода
- 4) После операции

11. ПЕРВЫМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Цефазолин

- 2) Клиндамицин
- 3) Доксициклин
- 4) Гентамицин

12. РАННЯЯ АКТИВАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Через 3 часа
- 2) Через 4-6 часа
- 3) Через 6-8 часов
- 4) В первые сутки

ОПК-7

13. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Кровотечение
- 2) Гнойно-воспалительные осложнения
- 3) Тромбоэмболические осложнения
- 4) Преэклампсия

14. НАИВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

- 1) 4
- 2) 1 а
- 3) 1 в
- 4) 2 а

15. К ОПЕРАТИВНОМУ ВЛАГАЛИЩНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ЖИВОМ ПЛОДЕ ОТНОСЯТ

- 1) Родоразрешение с помощью акушерских щипцов, вакуум-экстрактора.
- 2) Эпизиотомия
- 3) Перинеотомия
- 4) Наружновнутренний поворот плода на ножку

16. ОПЕРАТИВНОЕ ВЛАГАЛИЩНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) С целью укорочения второго периода родов по показаниям со стороны матери и/или плода
- 2) При отсутствии медицинских показаний к исключению потуг по состоянию матери в плановом порядке
- 3) По желанию роженицы
- 4) По желанию медицинского работника

17. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ

- 1) Полное открытие маточного зева и отсутствие плодного пузыря
- 2) Мертвый плод
- 3) Тазовое предлежание, а также при затруднении выведения головки при родах в тазовом предлежании (акушерские щипцы)
- 4) Не соответствие размеров таза матери и головки плода

ОПК-8

18. НАЛИЧИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ

- 1) Инструментальное родоразрешение должно выполняться специалистом, владеющим данным методом и полным спектром оказания помощи при развитии осложнений
- 2) Нахождение головки в полости малого таза, выше широкой части полости малого таза
- 3) Неопорожненный мочевой пузырь
- 4) Отсутствие обезболивания или неадекватное обезболивание

19. ОПЕРАТИВНОМУ ВЛАГАЛИЩНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЮ НЕ ПРЕПЯТСТВУЕТ

- 1) Индексе массы тела роженицы от 18 до 24,9
- 2) Предполагаемом весе плода более 4000 г
- 3) При заднем виде затылочного предлежания
- 4) При нахождении головки плода в широкой части полости малого таза

20. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ВЛАГАЛИЩНОМУ РОДРАЗРЕШЕНИЮ

- 1) Анатомически узкий таз 2-3 степени сужения и клинически узкий таз
- 2) Наличие опыта проведения операции
- 3) Нахождение головки в полости малого таза с законченной ротацией
- 4) Возможность определить характер вставления головки

ОПК-9

21. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Понимание анатомических ориентиров таза матери и плода и их взаимоотношения
- 2) Невозможность определения направления тракций
- 3) Целый плодный пузырь
- 4) Смещение части плода в узкую часть таза

22. ОПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ НА ГОЛОВКЕ ПЛОДА

- 1) Стреловидный шов
- 2) Лобный шов
- 3) Венечный шов
- 4) Большие теменные бугры

ОПК-10

23. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

- 1) Острая асфиксия плода
- 2) Преэклампсия
- 3) Первичная слабость родовой деятельности
- 4) Преждевременные роды

24. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Опорожнение мочевого пузыря
- 2) Применение утеротонических средств

- 3) Не соблюдение асептических условий
- 4) Рутинное проведения эпизиотомии

25. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Соблюдение асептических условий
- 2) Применение утеротонических средств
- 3) Рутинное проведения эпизиотомии
- 4) Без согласия пациентки

26. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Проведение эпизиотомии решается индивидуально
- 2) Без согласия пациентки
- 3) Применение утеротонических средств
- 4) Не соблюдение асептических условий

27. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Письменное добровольное информированное согласие пациентки
- 2) Применение утеротонических средств
- 3) Не соблюдение асептических условий
- 4) Рутинное проведения эпизиотомии

ПК-1

28. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНЫ ЩИПЦЫ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ

- 1) Киллянда
- 2) Симпсона-Феноменова
- 3) Акушерские щипцы для недоношенных
- 4) Лазаревича

29. ОПЕРАЦИЮ АКУШЕРСКИМИ ШИПЦАМИ ВОЗМОЖНО ПРОВОДИТЬ ПОД

- 1) Общей внутривенной анестезией (на самостоятельном дыхании)
- 2) Общей анестезией без интубации трахеи (при состояниях, угрожающих жизни роженицы)
- 3) Местной анестезией
- 4) Отсутствием обезболивания или неадекватным обезболивание

30. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

- 1) Вертикальное и горизонтальное соскальзывание ложек щипцов
- 2) Нарушение мочеиспускания у плода
- 3) Перелом ключицы плода
- 4) Выпадение прямой кишки у роженицы

ПК-2

31. ПРОБНАЯ ТРАКЦИЯ В ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

- 1) Позволяет определить правильность наложения щипцов
- 2) Позволяет определить величину необходимой силы влечения
- 3) Проводится для определения места положения головки плода

4) Не является обязательным моментом

32. ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, КОГДА ГОЛОВКА ПЛОДА НАХОДИТСЯ ВЫШЕ УРОВНЯ РАЗРЕЗА МАТКИ, ИСПОЛЬЗУЮТ ШИПЦЫ

- 1) Киллянда или прямые шипцы
- 2) Лазаревича
- 3) Симпсона-Феноменова
- 4) Негеле

33. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

- 1) Выявление признаков внутриутробном страдания плода или нарастание их тяжести во втором периоде родов
- 2) Слабость родовой деятельности в 1-ом периоде родов
- 3) Острая асфиксия плода
- 4) Экстрагенитальная патология

ПК-3

34. ЗАДАЧИ «ТЯНУЩЕЙ РУКИ» ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

- 1) Совершение тракций во момент потуги, соблюдение направления тракций
- 2) Оценка поступательных движений головки плода
- 3) Предотвращение соскальзывания чашечки прибора
- 4) Контроль поворота головки по мере поступательного движения ее по родовому каналу

35. ЗАДАЧИ «КОНТРОЛИРУЮЩЕЙ РУКИ» ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

- 1) Оценка поступательных движений головки плода
- 2) Совершение тракций в момент потуги
- 3) Соблюдение направления тракций
- 4) Подсчет количества тракций

36. ПОКАЗАНИЯ К ПРЕКРАЩЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

- 1) Если при двух тракциях нет поступательного движения плода
- 2) Если общее время тракций превышает 10 мин
- 3) Если «соскальзывание» чашечки произошло 1 раз
- 4) Если общее время тракций превышает 15 мин

37. ПОКАЗАНИЯ К ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ПРИ ПЛАНОВОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

- 1) Для низведения головки плода, когда разрез стенки матки находится ниже, чем головка плода
- 2) Наличие аномалии развития матки у роженицы
- 3) Косое положение плода
- 4) Вростание плаценты

ПК-4

38. МОЖНО ЛИ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ДИСТОЦИЮ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

НАКАНУНЕ РОДОВ

- 1) Прогнозировать дистоцию плечиков не представляется возможным
- 2) Прогнозирование возможно, но затруднено
- 3) Прогнозирование возможно при дистоции плечиков плода в предшествующих родах
- 4) Возможно

39. ПЕРВЫЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

- 1) Вызов ассистента
- 2) Прием Мак Робертса
- 3) Наружный прием Rubin
- 4) Внутренний прием Rubin

40. ВТОРОЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

- 1) Прием Мак Робертса
- 2) Вызов ассистента
- 3) Наружный прием Rubin
- 4) Внутренний прием Rubin

41. ТРЕТИЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

- 1) Наружный прием Rubin
- 2) Прием Мак Робертса
- 3) Вызов ассистента
- 4) Внутренний прием Rubin

ПК-5

42. ПРИЕМ МАК РОБЕРТСА – ЭТО

- 1) Привести согнутые в коленях и тазобедренных суставах ноги роженицы к грудной клетке
- 2) Надавливания на переднее плечико над лоном со стороны лопаток плода
- 3) Двумя пальцами правой руки находят заднее плечико, его переднюю поверхность в области подмышечной ямки.левой руки надавливают на тазовый конец плода в области дна матки, а правой совершают движения против часовой стрелки
- 4) Акушер вводит два пальца со стороны боковой стенки влагалища со стороны спинки плода, находит передние лопатку и плечико плода и давлением в области подмышечной ямки и лопатки плода пытается перевести переднее плечико в косой размер

43. ПРИЕМ ВУТСА – ЭТО

- 1) Двумя пальцами правой руки находят заднее плечико, его переднюю поверхность в области подмышечной ямки.левой руки надавливают на тазовый конец плода в области дна матки, а правой совершают движения против часовой стрелки
- 2) Привести согнутые в коленях и тазобедренных суставах ноги роженицы к грудной клетке
- 3) Надавливания на переднее плечико над лоном со стороны лопаток плода
- 4) Акушер вводит два пальца со стороны боковой стенки влагалища со стороны спинки плода, находит передние лопатку и плечико плода и давлением в области подмышечной ямки и лопатки плода пытается перевести переднее плечико в косой размер

44. ВНУТРЕННИЙ ПРИЕМ RUBIN – ЭТО

1) Акушер вводит два пальца со стороны боковой стенки влагалища со стороны спинки плода, находит передние лопатку и плечико плода и давлением в области подмышечной ямки и лопатки плода пытается перевести переднее плечико в косой размер

2) Двумя пальцами правой руки находят заднее плечико, его переднюю поверхность в области подмышечной ямки.левой руки надавливают на тазовый конец плода в области дна матки, а правой совершают движения против часовой стрелки

3) Привести согнутые в коленях и тазобедренных суставах ноги роженицы к грудной клетке

4) Надавливания на переднее плечико над лоном со стороны лопаток плода

45. НАРУЖНЫЙ ПРИЕМ RUBIN – ЭТО

1) Надавливания на переднее плечико над лоном со стороны лопаток плода

2) Акушер вводит два пальца со стороны боковой стенки влагалища со стороны спинки плода, находит передние лопатку и плечико плода и давлением в области подмышечной ямки и лопатки плода пытается перевести переднее плечико в косой размер

3) Двумя пальцами правой руки находят заднее плечико, его переднюю поверхность в области подмышечной ямки.левой руки надавливают на тазовый конец плода в области дна матки, а правой совершают движения против часовой стрелки

4) Привести согнутые в коленях и тазобедренных суставах ноги роженицы к грудной клетке

Эталоны ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	2	3	3	4	3	2	2	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	1	2	1	1	1	1	1	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	42	43	44	45					
1	1	1	1	1					

РАЗДЕЛ 5 Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии ПРОЧИТАЙТЕ ЗАДАНИЕ И ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА

ОПК-4

1. Ревматизм поражает преимущественно

- а) митральный клапан сердца;
- б) аортальный клапан;
- в) трехстворчатый клапан;
- г) клапан легочной артерии;
- д) все перечисленное выше.

2. Ревматизм – это заболевание

- а) паразитарное;
- б) инфекционно-аллергическое;
- в) гормональное;
- г) наследственное;

д) правильно б) и в).

3. Первичный ревмокардит у беременных встречается

- а) часто;
- б) редко;
- в) всегда;
- г) никогда;
- д) при осложненном течение беременности.

4. Наличие активного ревматизма

- а) ухудшает прогноз беременности;
- б) не влияет на исход беременности;
- в) вызывает прерывание беременности;
- г) верно (а) и (в);
- д) является показанием для проведения антиревматической терапии и пролонгирования беременности.

5. Об активности ревматизма, как правило, свидетельствует

- а) лейкоцитоз за счет нейтрофилов;
- б) резко положительная реакция на С-реактивный белок;
- в) ДФА-проба;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

6. Беременность противопоказана

- а) при остром и подостром течении ревматизма;
- б) если после последней ревматической атаки прошло меньше 6 месяцев;
- в) при вялотекущем ревматизме;
- г) при непрерывно-рецидивирующем ревмокардите;
- д) при всем перечисленном.

7. Активность ревматизма у беременной – показание для родо- разрешения путем

- а) операции кесарева сечения;
- б) операции вакуум-экстракции плода;
- в) операции наложения акушерских щипцов;
- г) самостоятельных родов;
- д) правильно (б) и (в).

8. В качестве достоверных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать

- а) одышку;
- б) выраженное увеличение размеров сердца;
- в) систолические и диастолические шумы в области сердца; г) нарушения сердечного ритма;
- д) все перечисленное.

ОПК-5

9. Наиболее опасным в отношении возникновения сердечной недостаточности во время беременности и родов является

- а) выраженный митральный стеноз;

- б) выраженный аортальный стеноз;
- в) синдром Эйзенменгера;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

10. Чаще всего недостаточность кровообращения возникает в сроки беременности

- а) 8–12 недель
- б) 13–18 недель
- в) 19–24 недели
- г) 24–32 недели
- д) 32–38 недель

11. Наиболее вероятное развитие недостаточности кровообращения у беременной с заболеванием сердца следует ожидать

- а) накануне родов;
- б) в родах;
- в) в послеродовом периоде;
- г) правильно б) и в);
- д) во всем выше перечисленном.

12. Первые признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются

- а) выраженной одышкой;
- б) кашлем;
- в) влажными хрипами;
- г) тахикардией;
- д) всем перечисленным.

13. Сердечная астма, как правило, предшествует

- а) мерцательной аритмии;
- б) тромбоэмболии легочной артерии;
- в) отеку легких;
- г) ничему из перечисленного;
- д) всему выше перечисленному.

14. Левожелудочковая недостаточность характерна

- а) для аортальных пороков;
- б) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия;
- в) для недостаточности левого предсердно-желудочкового клапана;
- г) правильно (а) и (б);
- д) ни для чего из перечисленного.

15. Тахикардия, одышка при незначительной физической нагрузке, явления застоя в легких, отеки, исчезающие в покое, характерны для следующей стадии сердечной недостаточности

- а) I;
- б) IIА;
- в) IIБ;
- г) III;
- д) верно (IIБ) и (III).

16. При родоразрешении беременной с заболеванием сердца через естественные родовые пути выключение потуг, как правило, производят

- а) при недостаточности кровообращения IIА стадии;
- б) при высокой легочной гипертензии;
- в) при мерцательной аритмии;
- г) при всем перечисленном;
- д) ни при чем из перечисленного.

17. Кесарево сечение показано

- а) при недостаточности кровообращения IIБ-III стадии;
- б) при септическом эндокардите;
- в) при острой сердечной недостаточности в родах;
- г) при всем перечисленном;
- д) ни при чем из перечисленного.

ОПК-6

18. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться

- а) в горизонтальном положении;
- б) с приподнятым ножным концом;
- в) в полусидячем положении;
- г) лежа на правом боку;
- д) лежа на левом боку.

19. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью нуждаются

- а) в мониторинге за сердечной деятельностью;
- б) в тщательном обезболивании;
- в) в наблюдении терапевта;
- г) во всем перечисленном;
- д) ни в чем из перечисленного.

20. Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II-III стадии

- а) 32 недели;
- б) 36 недель;
- в) 37–38 недель;
- г) 39–40 недель;
- д) скорейшее родоразрешение после установления диагноза.

21. Недостаточность аортального клапана с признаками сердечной декомпенсации является основанием

- а) для прерывания беременности;
- б) для сохранения беременности;
- в) для пролонгирования беременности в зависимости от стадии процесса;
- г) для проведения лечебно-профилактических мероприятий;
- д) верно (в), (г).

22. При сердечной недостаточности в послеродовом периоде

- а) лактацию подавляют сразу;
- б) разрешают кормление новорожденного;

- в) вопрос о разрешении кормления грудью решают в зависимости от состояния родильницы;
- г) разрешают спустя 3–5 дней после родов;
- д) разрешают кормление грудью 3 раза в день, осуществляя до-корм молочными смесями.

ОПК-7

23. Для IB стадии гипертонической болезни характерно
- а) нестойкое и кратковременное повышение артериального;
 - б) стабильное повышение артериального давления;
 - в) дистрофические изменения органов;
 - г) правильно б) и в);
 - д) правильно (а) и (г).
24. Для IIБ стадии гипертонической болезни характерно
- а) атеросклероз крупных сосудов мозга;
 - б) грубые анатомические вторичные изменения органов (сердца, почек);
 - в) стабильное повышение артериального давления;
 - г) правильно а) и б);
 - д) все перечисленное.
25. Для IIIА стадии гипертонической болезни характерно
- а) лабильность постоянно повышенного артериального давления;
 - б) стойкая необратимость заболевания;
 - в) фиброзно-склеротические изменения органов;
 - г) правильно б) и в);
 - д) все перечисленное.
26. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, правило, необходимо проводить
- а) с эпилепсией;
 - б) с преэклампсией;
 - в) с острым инфарктом миокарда;
 - г) со всем выше перечисленным;
 - д) ни с чем из выше перечисленного.
27. Беременность противопоказана при гипертонической болезни
- а) I стадии;
 - б) II стадии;
 - в) IIБ и III стадии;
 - г) злокачественной гипертензии;
 - д) правильно в) и г).
28. У беременных с артериальной гипотонией часто встречается
- а) сердечная недостаточность;
 - б) почечная недостаточность;
 - в) плацентарная недостаточность;
 - г) верно (а) и (б);
 - д) ничего из перечисленного.

29. При наличии у беременной токсоплазмоза токсоплазмы редко попадают к плоду (эмбриону)

- а) при острой фазе инфекции;
- б) при зачатии;
- в) в первые 2 месяца беременности;
- г) при всем перечисленном;
- д) ни при чем из перечисленного.

30. Наиболее типичными фетопатиями при токсоплазмозе являются

- а) гидроцефалия;
- б) хориоретинит;
- в) менингоэнцефалит;
- г) правильно а) и б);
- д) все перечисленные.

ОПК-8

31. Заражение токсоплазмозом происходит

- а) через мясные продукты питания (без их термической обработки);
- б) через больных животных (семейство кошачьих);
- в) воздушно-капельным путем;
- г) правильно а) и б);
- д) всеми перечисленными путями.

32. Токсоплазмы при беременности попадают к плоду

- а) трансплацентарно;
- б) восходящим путем;
- в) верно и то, и другое;
- г) ни то, ни другое;
- д) инфицирование происходит только в родах.

33. Чаще токсоплазмоз у беременных клинически протекает

- а) в виде «гриппоподобных» состояний;
- б) в виде выраженной интоксикации;
- в) без выраженной клиники;
- г) правильно а) и б);
- д) в виде «диспепсических» расстройств.

34. Возможные пути инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции

- а) трансплацентарный;
- б) при прохождении плода через естественные родовые пути во время родов;
- в) грудное вскармливание;
- г) правильно а) и в);
- д) все перечисленные.

35. Урогенитальный хламидиоз – это инфекция, вызванная

- а) внутриклеточным паразитом;
- б) вирусом;
- в) бактерией;

- г) ничем из перечисленного;
- д) всем выше перечисленным.

36. Хламидийная инфекция у взрослых распространяется преимущественно

- а) воздушно-капельным путем;
- б) через кровь во время инъекции;
- в) половым путем;
- г) правильно а) и в);
- д) всеми перечисленными путями.

37. Урогенитальный хламидиоз у беременной способствует

- а) преждевременному прерыванию беременности;
- б) развитию послеродовой инфекции;
- в) заболеванию новорожденного;
- г) всему перечисленному;
- д) ничему из перечисленного.

38. Инфицирование плода при наличии хламидийной инфекции у беременной происходит преимущественно

- а) восходящим путем;
- б) во время родов;
- в) трансплацентарно;
- г) всеми перечисленными путями;
- д) никакими из перечисленных путей.

39. Клинически урогенитальный хламидиоз у беременной протекает чаще

- а) с выраженной воспалительной реакцией;
- б) бессимптомно;
- в) с поражением соседних органов;
- г) правильно а) и в);
- д) клиника зависит от состояния иммунной системы.

40. Во время беременности лечение урогенитального хламидиоза проводят преимущественно

- а) эритромицином;
- б) сульфаниламидами;
- в) тетрациклином;
- г) цефалоспоридами;
- д) ничем из выше перечисленного.

ОПК-9

41. При свежей гонорее у беременной, как правило, поражается

- а) верхний отдел половых путей;
- б) нижний отдел половых путей;
- в) локализация поражения зависит от срока беременности;
- г) верхний и нижний отделы половых путей;
- д) правильно б) и в).

42. При заболевании гонореей у беременных, как правило,

- а) поздний гестоз;

- б) ранний токсикоз;
- в) преждевременное прерывание беременности;
- г) предлежание плаценты;
- д) ничего из перечисленного.

43. Инфицирование плода и новорожденного при гонорее обычно происходит

- а) трансплацентарно;
- б) восходящим путем;
- в) во время родов;
- г) правильно (а) и (б);
- д) все перечисленное неверно.

44. Лечение больных гонореей во время беременности проводят

- а) пенициллином;
- б) полусинтетическими пенициллинами;
- в) тетрациклином;
- г) сульфаниламидами;
- д) правильно а) и б).

45. Заболевание гонореей во время беременности является основанием

- а) для сохранения беременности;
- б) для прерывания беременности;
- в) для соответствующего лечения на фоне пролонгирования беременности;
- г) тактика зависит от клинического течения болезни;
- д) правильно (б) и (г).

46. Влагалищная трихомонада относится

- а) к простейшим;
- б) к бактериям;
- в) вирусам;
- г) паразитам;
- д) грибам.

47. Заражение трихомониазом беременных происходит обычно

- а) воздушно-капельным путем;
- б) половым путем;
- в) через кровь при инъекциях;
- г) алиментарным путем;
- д) правильно (в) и (г).

48. Инфицирование плода и новорожденных трихомониазом происходит

- а) трансплацентарно;
- б) восходящим путем;
- в) в родах;
- г) правильно а) и б);
- д) правильно б) и в).

49. Для лечения трихомониаза у беременных можно использовать

- а) производные метронидазола только после 20 недель беременности;
- б) местное лечение осарсолом;

- в) местное лечение препаратом «Клион-Д»;
- г) правильно а) и в); д) все перечисленное.

ОПК-10

50. Грибковые поражения гениталий у беременных часто сочетаются с поражением

- а) мочевыводящих путей;
- б) печени;
- в) сердца;
- г) кишечника;
- д) суставов.

51. При наличии активного сифилиса у беременных плод заражается

- а) часто;
- б) редко;
- в) всегда;
- г) никогда;
- д) зависит от срока беременности.

52. Поражение плода при сифилисе у беременных происходит

- а) трансплацентарно
- б) восходящим путем
- в) во время родов
- г) все перечисленное выше верно;
- д) правильно (б) и (в).

53. Родоразрешение у больных сифилисом, как правило, проводят

- а) консервативно, в срок родов;
- б) операцией кесарева сечения (при доношенной беременности);
- в) операцией кесарева сечения за 2-3 недели до срока родов;
- г) наложением выходных акушерских щипцов; д) наложением полостных акушерских щипцов.

54. Наиболее часто внутрипеченочный холестаз при беременности

- а) в I триместре;
- б) во II-III триместре;
- в) в раннем послеродовом периоде;
- г) в позднем послеродовом периоде;
- д) в родах.

55. Внутрипеченочный холестаз клинически проявляется

- а) сильным кожным зудом;
- б) повышением общего билирубина; в) желтухой;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

56. При выявлении внутрипеченочного холестаза у беременных необходимо все перечисленное, кроме

- а) срочно прервать беременность;
- б) успокоить беременную и пролонгировать беременность;
- в) назначить антигистаминные препараты;
- г) назначить желчегонные препараты;

д) назначить рефлексотерапию.

57. Основными симптомами, указывающими на развитие острого жирового гепатоза у беременной, являются все перечисленные, кроме

- а) изжоги;
- б) рвоты кофейной гущей;
- в) небольшой желтушности склер и кожи;
- г) резкого повышения трансаминаз крови;
- д) гипопроотеинемии.

58. Тактика врача при выявлении острого жирового гепатоза

- а) начать подготовку к родам и продолжить комплексную терапию;
- б) произвести срочное родоразрешение с учетом акушерской ситуации;
- в) продолжить консервативное лечение заболевания;
- г) зависит от клинической картины;
- д) правильно (а) и (в).

59. Симптомы, характерные для острого панкреатита

- а) опоясывающие сильные боли;
- б) тошнота, рвота;
- в) иктеричность кожных покровов;
- г) правильно а) и б);
- д) все перечисленные.

ПК-1

60. Тактика врача при выявлении острого панкреатита у беременной

- а) срочно прервать беременность;
- б) купировать приступ с последующим прерыванием беременности;
- в) провести комплексную терапию острого панкреатита и терапию, направленную на сохранение беременности;
- г) зависит от срока беременности;
- д) зависит от выраженности клинических проявлений.

61. Факторы, являющиеся причинами развития сахарного диабета,

- а) заболевание поджелудочной железы;
- б) заболевание других желез внутренней секреции;
- в) нарушение рецепции к инсулину;
- г) генетически обусловленные нарушения; д) все перечисленные.

62. Сахарный диабет – это заболевание, в основе которого лежит

- а) абсолютная недостаточность инсулина в организме;
- б) относительная недостаточность инсулина в организме;
- в) нарушение обмена веществ;
- г) правильно а) и б);
- д) все перечисленное.

63. Основными симптомами сахарного диабета являются

- а) жажда;
- б) сухость во рту;

- в) кожный зуд;
- г) полиурия;
- д) все перечисленные.

64. Для диагностики сахарного диабета дополнительным методом исследования является определение

- а) содержания глюкозы в крови и в моче;
- б) содержания кетоновых тел в крови;
- в) содержания ацетона в моче;
- г) проведение глюкозотолерантного теста;
- д) всего перечисленного.

65. Содержание глюкозы в крови в норме натощак при применении ортотолуидинового метода составляет

- а) в пределах 60–100 мг% (3,3–5,5 ммоль/л);
- б) не превышает 120 мг% (6,6 ммоль/л);
- в) не превышает 140 мг% (7,7 ммоль/л);
- г) не превышает 220 мг% (12,21 ммоль/л);
- д) правильно а) и б).

66. Содержание глюкозы в крови натощак в норме (по методу Хагедорна – Йенсена) составляет

- а) в пределах 80–120 мг% (4,4–6,6 ммоль/л);
- б) не превышает 140 мг% (7,7 ммоль/л);
- в) не превышает 220 мг% (21,21 ммоль/л);
- г) правильно а) и б);
- д) все выше перечисленное неверно.

67. Тест с нагрузкой углеводами свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе в том случае, если через 2 ч после завтрака гликемия (по методу Хагедорна -Йенсена) превышает

- а) 5 ммоль/л;
- б) 6,11 ммоль/л;
- в) 7,22 ммоль/л;
- г) 8,33 ммоль/л;
- д) 9,44 ммоль/л.

68. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения

- а) поздний токсикоз;
- б) ангиопатия сетчатки;
- в) активация хронической инфекции в мочевыводящих путях;
- г) правильно а) и б);
- д) все перечисленные.

69. Основными симптомами, предшествующими развитию гиперкетонемической диабетической комы, являются

- а) тошнота, рвота;
- б) появление запаха ацетона в выдыхаемом воздухе; в) потеря аппетита, снижение веса тела;

- г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

70. Предвестниками гипогликемической комы являются
- а) беспокойство, двигательное возбуждение; б) чувство голода;
 - в) потливость;
 - г) правильно б) и в);
 - д) все перечисленные.

ПК-2

71. Для гиперкетонемической (диабетической) комы характерно следующее
- а) полиурия;
 - б) тахикардия;
 - в) снижение тонуса глазных яблок, тургора кожи;
 - г) правильно б) и в);
 - д) все перечисленное.

72. Симптомами, характерными для гипогликемической комы, являются
- а) профузный пот;
 - б) клонические и тонические судороги;
 - в) повышение тонуса глазных яблок;
 - г) правильно б) и в);
 - д) все перечисленные.

73. Основными признаками, характерными для диабетической фетопетии, являются
- а) большая масса тела при рождении;
 - б) чрезмерное развитие подкожножировой клетчатки;
 - в) недоразвитие нижней части туловища и конечностей;
 - г) правильно а) и б);
 - д) все перечисленные.

74. При сахарном диабете у беременной из перечисленных противопоказаний к сохранению беременности верными являются все, кроме
- а) сахарный диабет всегда является противопоказанием к сохранению беременности;
 - б) наличия инсулинрезистентной и лабильной форм сахарного диабета;
 - в) сахарного диабета, осложнившегося прогрессирующей ретинопатией;
 - г) наличия диабета у обоих супругов;
 - д) сахарного диабета, осложнившегося нефроангиосклерозом.

75. Родоразрешение при сахарном диабете производят
- а) при доношенной беременности, если состояние матери и плода удовлетворительное;
 - б) преждевременно при декомпенсированном диабете и угрозе здоровью матери;
 - в) преждевременно при угрозе здоровью плода;
 - г) всеми перечисленными способами;
 - д) правильно б) и в).

76. Показаниями для родоразрешения путем операции кесарева сечения является все перечисленное, кроме
- а) сосудистых осложнений диабета;
 - б) лабильного диабета со склонностью к кетоацидозу;

- в) прогрессирующей гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути при сроке 34 недели беременности и меньше;
- г) тазового предлежания плода при сроке беременности не менее 36 недель;
- д) наличия тяжелого токсикоза беременных.

ПК-3

77. У беременных с нормальным весом, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять

- а) до 1600–1900 ккал;
- б) 2000–2500 ккал;
- в) 2500–3000 ккал;
- г) 3100–3500 ккал;
- д) более 3500 ккал.

78. У беременных с ожирением, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять

- а) до 1900 ккал;
- б) 2000–2200 ккал;
- в) 2300–3000 ккал;
- г) 3100–3500 ккал;
- д) правильно в) и г).

79. Влияние беременности на функцию щитовидной железы

- а) не оказывает влияния на функцию щитовидной железы;
- б) угнетает ее функцию;
- в) усиливает ее функцию;
- г) зависит от течения беременности;
- д) правильно (а) и (г).

80. Влияние тиреоидных гормонов матери на плод

- а) не проникают через плацентарный барьер;
- б) проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве и не влияют на состояние плода;
- в) свободно проникают через плацентарный барьер на протяжении всей беременности и имеют большое физиологическое значение для развития плода;
- г) тиреоидные гормоны начинают проникать лишь после 36 недель, когда их действие не оказывает существенного влияния на развитие плода;
- д) правильно (б) и (г).

81. Влияние тиреоидных гормонов плода на течение заболевания у матери при гипопункции щитовидной железы

- а) не проникают через плацентарный барьер;
- б) проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве, что не отражается на состоянии матери;
- в) свободно проникают через плацентарный барьер и могут частично или полностью компенсировать явления гипотиреоза у матери;
- г) проникают лишь после 36 недель, что не отражается на состоянии матери;
- д) правильно (б) и (г).

82. Для беременных, страдающих гиперфункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

- а) сердцебиения;
- б) повышенной возбудимости; в) потливости;
- г) экзофтальма;
- д) отечности кожных покровов.

83. Для беременных, страдающих гипофункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

- а) сонливости;
- б) повышенной сухости кожи;
- в) быстрой утомляемости, вялости; г) гипертензии;
- д) ломкости и исчерченности ногтей.

ПК-4

84. Истинная железодефицитная анемия развивается, как правило, со срока беременности

- а) 8 недель;
- б) 12 недель;
- в) 16 недель;
- г) 20 недель;
- д) 28 недель.

85. К развитию железодефицитной анемии предрасполагают следующие факторы, кроме

- а) снижения поступления железа с пищей вследствие неправильного питания;
- б) нарушения всасывания железа в связи с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
- в) нарушения нормального созревания клеток красного ряда в связи с дефицитом витамина В12;
- г) многоплодной беременности;
- д) часто следующих друг за другом беременностей, длительной лактации.

86. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины

- а) 80 г/л;
- б) 90 г/л;
- в) 100 г/л;
- г) 110 г/л;
- д) 120 г/л.

87. Уровень цветного показателя крови, свидетельствующий о развитии железодефицитной анемии, ниже

- а) 1,5;
- б) 1,0;
- в) 0,95;
- г) 0,9;
- д) 0,85.

88. Наиболее частыми возбудителями пиелонефрита у беременных являются

- а) кишечная палочка, протей, клебсиелла;
- б) энтерококки, стафилококки;
- в) микробные ассоциации;
- г) все перечисленные;
- д) никакие из перечисленных.

89. При гестационном пиелонефрите инфекционный агент проникает в почку, как правило, путем

- а) лимфогенным;
- б) уриногенным;
- в) гематогенным;
- г) восходящим;
- д) правильно (б) и (г).

90. Для лечения острого пиелонефрита применяются все перечисленные антибиотики, кроме

- а) пенициллина;
- б) ампициллина;
- в) пиопена;
- г) тетрациклина;
- д) клафорана.

91. Обострение хронического (или проявление гестационного) пиелонефрита чаще происходит при сроке беременности

- а) 10–21 неделя;
- б) 22–28 недель;
- в) 29–32 недели;
- г) 33–36 недель;
- д) 37–40 недель.

92. Функциональная недостаточность почек исключается, если

- а) относительная плотность мочи за сутки колеблется в широких пределах (1005–1028);
- б) относительная плотность утренней мочи высокая (более 1020);
- в) количество мочевины в крови не превышает 5 ммоль/л (30 мг%);
- г) верно все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

93. При бессимптомной бактериурии во время беременности следует

- а) прервать беременность;
- б) сохранить беременность, но провести лечение как при пиелонефрите;
- в) провести ретроградную пиелографию для уточнения диагноза;
- г) правильно б) и в);
- д) сохранить беременность без проведения лечения как при пиелонефрите.

ПК-5

94. Показаниями к прерыванию беременности при одной почке являются

- а) пиелонефрит;
- б) туберкулез;
- в) нарушение функции почки (концентрационной и выделительной);

- г) гипертония;
- д) все перечисленное.

95. Следующие лабораторные данные указывают на острый гломерулонефрит, кроме

- а) альбуминурии;
- б) цилиндррии;
- в) микрогематурии;
- г) олигурии;
- д) выраженной пиурии.

96. Особенности течения беременности при хроническом пиелонефрите (в отличие от того же при гестационном пиелонефрите) являются все перечисленные, кроме

- а) часто развивается поздний выкидыш или преждевременные роды;
- б) часто присоединяется поздний токсикоз беременных;
- в) как правило, развивается внутриутробное инфицирование плода;
- г) не оказывает влияния на течение беременности;
- д) как правило, развивается ВЗРП.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
а	+			+			+									
б		+	+										+	+	+	
в																
г					+				+	+	+					+
д						+		+				+				

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
а					+	+	+		+					
б				+						+				
в		+						+				+		
г	+		+										+	
д												+		+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
а		+			+					+						+			
б								+	+								+		
в			+			+						+	+		+				
г	+						+												+
д				+							+			+				+	

	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
а	+		+	+			+									+	+		
б					+				+										
в		+									+								
г						+		+		+									
д												+	+	+	+			+	+

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
а						+													
б									+	+									

В								+				+	+	+			+		
Г	+						+									+	+		+
Д		+	+	+	+										+				+

	88	89	90	91	92	93	94	95	96
а									
б				+		+			
в		+							
г	+		+		+				+
д							+	+	

РАЗДЕЛ 6 Кровотечения в акушерстве и гинекологии. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии

**ПРОЧИТАЙТЕ ЗАДАНИЕ И ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА
ОПК-4**

1. Предлежание плаценты – это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается

- а) в теле матки;
- б) в нижнем сегменте матки;
- в) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев;
- г) по задней стенке матки;
- д) в дне матки.

2. «Миграция» плаценты происходит наиболее часто, если плацента располагается на стенке матки

- а) передней;
- б) задней;
- в) правой;
- г) левой;
- д) боковой.

3. Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено

- а) отслойкой плаценты;
- б) склерозированием ворсин низко расположенной плаценты;
- в) дистрофическими изменениями ворсин хориона;
- г) повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты;
- д) всем перечисленным.

4. Основным показателем коагулопатии потребления является

- а) снижение концентрации фибриногена;
- б) снижение концентрации протромбина;
- в) снижение количества тромбоцитов;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

5. Для низкой плацентации наиболее характерен следующий симптом

- а) артериальная гипотония;
- б) артериальная гипертензия;
- в) анемия;

- г) кровянистые выделения из половых путей;
- д) все перечисленное.

6. Развитию низкой плацентации способствуют следующие изменения в матке, кроме

- а) дистрофических;
- б) воспалительных;
- в) рубцовых;
- г) пролиферативных;
- д) аномалии развития матки.

7. Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно применить

- а) радиоизотопную сцинтиграфию;
- б) тепловидение;
- в) ультразвуковое сканирование;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

8. При влагалищном исследовании при полном предлежании плаценты, как правило, определяется

- а) шероховатые оболочки плодного пузыря; б) тазовый конец плода;
- в) ручка плода;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

9. При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты, как правило, определяется

- а) губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
- б) головка и ручка плода
- в) ножка плода
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

10. Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать

- а) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты;
- б) с разрывом матки;
- в) с разрывом варикозно расширенного узла влагалища; г) правильно а) и б);
- д) со всем перечисленным.

ОПК-5

11. Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является

- а) всегда наружное;
- б) в покое, чаще ночью;
- в) всегда безболезненное;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

12. При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно

- а) высокое расположение предлежащей части плода;

- б) поперечное и косое положение плода;
- в) шум сосудов плаценты над лоном;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

13. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является

- а) болезненность матки при пальпации
- б) наружного кровотечения может и не быть
- в) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

14. Длительный гипертонус матки наиболее характерен

- а) для предлежания плаценты;
- б) для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
- в) для шеечно-перешеечной беременности;
- г) правильно а) и в);
- д) для всего перечисленного.

15. При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно

- а) локальная болезненность;
- б) схваткообразные боли в крестце и пояснице;
- в) отеки нижних конечностей;
- г) отеки передней брюшной стенки;
- д) ничего из перечисленного.

16. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является

- а) ранний токсикоз беременных;
- б) поздний гестоз;
- в) диабет;
- г) пороки развития матки;

17. Для выявления нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза следует определять

- а) время свертывания крови по Ли – Уайту;
- б) время рекальцификации;
- в) протромбиновый индекс;
- г) концентрацию фибриногена;
- д) ничего из перечисленного.

18. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано

- а) родостимуляция окситоцином;
- б) родостимуляция простагландинами;
- в) введение метилэргометрина капельно внутривенно;
- г) введение питуитрина одномоментно внутримышечно;
- д) ничего из перечисленного.

19. Для выявления нарушений прокоагулянтного звена системы гемостаза следует определять

- а) длительность кровотечения;
- б) ретракцию сгустка;
- в) число тромбоцитов;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

20. При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано

- а) путем кесарева сечения;
- б) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией;
- в) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции;
- г) произвести поворот на ножку плода;
- д) правильно (б) и (г).

21. Отслойка плаценты у беременной часто происходит

- а) при предлежании плаценты;
- б) при сочетании позднем гестозе;
- в) при длительно текущем позднем гестозе;
- г) правильно а) и в);
- д) при всем перечисленном.

22. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы часто происходит

- а) при дискоординации родовой деятельности;
- б) при абсолютной и относительной короткости пуповины;
- в) при непоказанной родостимуляции;
- г) при гестозе;
- д) при всем перечисленном.

23. Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет

- а) предлежание плода (головное, тазовое);
- б) состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта);
- в) состояние плода (живой, мертвый);
- г) выраженность кровотечения;
- д) возраст роженицы.

24. Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме

- а) болей в животе;
- б) анемии;
- в) асимметрии матки;
- г) гипоксии плода;
- д) полиурии.

25. Клиническая картина при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлена

- а) размером отслоившейся поверхности плаценты;

- б) состоянием системы гемостаза;
- в) тяжестью фоновой патологии;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

26. Клиническая картина при предлежании плаценты обычно зависит

- а) от степени предлежания;
- б) от величины кровотечения;
- в) от сопутствующей патологии;
- г) правильно б) и в);
- д) от всего перечисленного.

27. Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является

- а) внезапность их появления;
- б) их повторяемость;
- в) анемизация беременной;
- г) правильно б) и в);

28. Нарушение системы гемостаза чаще всего происходит

- а) при тяжелом гестозе;
- б) при преждевременной отслойке плаценты;
- в) при большой кровопотере любого происхождения;
- г) при шоке любого происхождения;
- д) при всем перечисленном.

29. Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключаются

- а) в быстром родоразрешении;
- б) в адекватном возмещении кровопотери;
- в) в профилактике осложнений;
- г) во всем перечисленном;
- д) ни в чем из перечисленного.

30. Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести

- а) родовозбуждение;
- б) раннюю амниотомию;
- в) токолиз;
- г) кесарево сечение;
- д) правильно а) и б).

ОПК-6

31 Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в родах, следует оценить

- а) состояние родовых путей;
- б) состояние плода;
- в) кровопотерю;
- г) состояние свертывающей системы крови;
- д) все перечисленное.

32. При консервативном ведении родов у рожениц с прежде- временной непрогрессирующей отслойкой плаценты используются медикаментозные препараты

- а) спазмолитики;
- б) промедол;
- в) окситоцин;
- г) партусистен;
- д) все перечисленные.

33. Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации плаценты является

- а) наружное акушерское исследование;
- б) внутреннее акушерское исследование;
- в) кольпоскопия;
- г) амниоскопия;
- д) ультразвуковое сканирование.

34. Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременно- сти в основном характеризуется

- а) обильным кровотечением;
- б) сильными болями внизу живота;
- в) длительной гипотонией;
- г) гибелью плода;
- д) всем перечисленным.

35. При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно

- а) эксцентричное расположение наружного зева;
- б) бочкообразная форма шейки матки;
- в) резкий цианоз влажной порции шейки матки;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

ОПК-7

36. Показанием для ручного обследования послеродовой матки является

- а) повышенная кровопотеря;
- б) сомнение в целостности плаценты;
- в) сомнение в целостности стенки матки; г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

37. При шеечной беременности следует произвести

- а) выскабливание шейки и матки;
- б) тампонаду шейки;
- в) надвлагалищную ампутацию матки;
- г) экстирпацию матки;
- д) правильно а) и б).

38. При ведении беременной с полным предлежанием плацен- ты нельзя

- а) выписывать ее из родильного дома вплоть до родоразрешения;
- б) производить влагалищное исследование вне операционной;

- в) назначать слабительные медикаментозные препараты;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

39. Задержка частей плаценты в матке обычно обусловлена

- а) патологическим (плотным) прикреплением плаценты к стенке матки;
- б) нарушением сократительной способности матки;
- в) спазмом маточного зева;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

40. Появление небольших кровянистых выделений из половых путей в III периоде родов, как правило, свидетельствует

- а) о возможности частичного плотного прикрепления плаценты;
- б) о разрывах мягких тканей родовых путей;
- в) о краевом отделении плаценты;
- г) правильно а) и б);
- д) о всем перечисленном.

41. При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона, как правило, проникают вглубь стенки матки

- а) в спонгиозный слой слизистой оболочки;
- б) в компактный слой слизистой оболочки;
- в) в базальный слой слизистой оболочки;
- г) в миометрий;
- д) правильно а) и б).

ОПК-8

42. Ручное отделение плаценты следует производить при кровопотере

- а) до 100 мл;
- б) до 200 мл;
- в) до 400 мл;
- г) до 600 мл;
- д) до 700 мл.

43 Для полного истинного приращения плаценты характерно

а) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде;

- б) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода;
- в) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода;
- г) несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей;
- д) правильно б) и г).

44. Для истинного приращения плаценты характерно врастание ворсин хориона

- а) в базальный слой слизистой оболочки;
- б) в миометрий;
- в) в компактный слой слизистой оболочки;
- г) в спонгиозный слой слизистой оболочки;
- д) ничего из перечисленного.

45. При истинном приращении нормально расположенной плаценты, как правило, показано

- а) ручное отделение плаценты;
- б) выскабливание послеродовой матки;
- в) тампонада матки тампоном с фибриногеном;
- г) надвлагалищная ампутация матки;
- д) правильно б) и в).

46. При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне физиологической кровопотери показано

- а) одномоментное внутривенное введение окситоцина;
- б) капельное внутривенное введение метилэргометрина;
- в) внутримышечное введение питуитрина;
- г) ручное отделение плаценты;
- д) операция кесарева сечения (во избежание массивного кровотечения).

47. Шоковый индекс – это

- а) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД;
- б) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД;
- в) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса;
- г) $САД + 2 ДАД / 3$;
- д) ничего из перечисленного.

48. Для геморрагического шока типичны следующие сосудистые нарушения

- а) вазоконстрикция – периферический артериальный спазм;
- б) чередование участков спазма сосудов и их паралитического расширения;
- в) открытие артерио-венозных шунтов;
- г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

49. При массивной кровопотере целесообразно переливать

- а) цельную свежесцитратную кровь;
- б) эритроцитарную массу;
- в) в свежзамороженную плазму;
- г) правильно а) и б);
- д) все ответы правильные.

50. Низкое центральное венозное давление, как правило, свидетельствует о том, что у больной имеется

- а) снижение ОЦК;
- б) повышение ОЦК;
- в) угроза отека легких;
- г) правильно б) и в);
- д) все перечисленное.

51. О реологии крови можно судить

- а) по белковому составу плазмы крови;
- б) по величине гематокрита;

- в) по скорости оседания эритроцитов;
- г) правильно а) и б);
- д) по всему перечисленному.

52. Осложненная гемотрансфузия – это

- а) синдром массивной трансфузии;
- б) инфицирование (вирусный гепатит, СПИД);
- в) цитратная интоксикация;
- г) несовместимость по системе АВО или резус-фактору;
- д) все перечисленное.

53. Геморрагический шок – это

- а) срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кро- вопотерю;
- б) несоответствие емкости сосудистого русла объему циркули- рующей крови в результате кровопотери;
- в) экстремальное состояние организма;
- г) кризис гемодинамики и микроциркуляции;
- д) все перечисленное.

54. При геморрагическом шоке происходит

- а) резкая активация фибринолиза;
- б) потребление тромбоцитов;
- в) потребление фибриногена и других прокоагулянтов;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

55. Ингибитором гепарина является

- а) антитромбин-III;
- б) протамина-сульфат;
- в) фибринолизин;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

56. В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет

- а) влияние боли в родах;
- б) утомление роженицы;
- в) кровопотеря;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

57. Выделяют следующие фазы острой формы ДВС-синдрома, кроме

- а) длительно существующей гиперкоагуляции; б) скоротечной гиперкоагуляции;
- в) коагулопатии потребления; г) восстановление;
- д) активации фибринолиза.

58. ДВС-синдром – это

- а) синдром нарушения гемостаза;
- б) прижизненное образование тромбоцитарно-фибриновых тром- бов в системе микроциркуляции;
- в) сладжирование крови; г) правильно а) и в);

д) все перечисленное.

59. Акушерский геморрагический шок – это критическое состояние, связанное с кровопотерей, в результате которой развивается

- а) кризис макроциркуляции;
- б) кризис микроциркуляции;
- в) быстрое присоединение коагулопатического кровотечения;
- г) правильно а) и б);
- д) все перечисленное.

60. Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать

- а) 90 мм рт. ст.;
- б) 80 мм рт. ст.;
- в) 70 мм рт. ст.;
- г) 60 мм рт. ст.; д) 50 мм рт. ст.

ОПК-10

61. Факторы риска развития ДВС-синдрома при кровотечении вследствие частичной отслойки предлежащей плаценты

- а) анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей;
- б) отсутствие корригирующих лечебных мероприятий на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей;
- в) запоздалое возмещение кровопотери (без учета кровопотери, бывшей ранее);
- г) правильно б) и в);
- д) все перечисленные факторы.

62. Клиническая картина при предлежании плаценты, как правило, характеризуется

- 1. возникновением кровотечения из половых путей;
 - 2. повторяемостью кровотечения из половых путей;
 - 3. высоким процентом косых и поперечных положений плода;
 - 4. высоким процентом преждевременных родов.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

63. Основными причинами развития предлежания плаценты являются

- 1. дистрофические изменения слизистой оболочки матки;
 - 2. подслизистая миома матки;
 - 3. деформация полости матки при аномалии ее развития;
 - 4. инфантилизм.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны; г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

64. Выбор акушерской тактики при предлежании плаценты при кровотечениях из половых путей, как правило, зависит

1. от выраженности кровотечения;
 2. от состояния родовых путей (закрытый зев, степень раскрытия маточного зева);
 3. от общего состояния женщины (беременной, роженицы);
 4. от состояния плода (живой, мертвый).
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

65. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, как правило, обусловлено

1. гипотонией матки;
 2. нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа;
 3. разрывами родовых путей;
 4. нарушением системы свертывания крови.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

66. К патологии последового и раннего послеродового периодов приводят следующие этиологические факторы

1. аномалии развития матки;
 2. чрезмерное применение в родах сокращающих матку средств;
 3. чрезмерное растяжение матки при многоплодии, многоводии;
 4. попытки выжимания последа по Креде (при отсутствии признаков отделения плаценты).
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

67. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде часто имеет место при родах

1. преждевременных;
 2. запоздалых;
 3. стремительных;
 4. быстрых.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;

- г) правильно только 4;
- д) все ответы неправильны.

68. Возникновение коагулопатического кровотечения и раннем послеродовом периоде может быть связано

- 1. с тяжелым гестозом;
 - 2. с преждевременной отслойкой нормально расположенной пла-
центы;
 - 3. с наличием мертвого плода в матке;
 - 4. с эмболией околоплодными водами.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

69. К профилактике гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относится

- 1. дородовая медикаментозная подготовка;
 - 2. рациональное, бережное ведение родов;
 - 3. адекватное обезболивание родов;
 - 4. внутривенное введение метилэргометрина в конце II периода родов.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

70. Поздними послеродовыми являются кровотечения, которые начинаются после родов через

- 1. 5–6 ч;
 - 2. 7–8 ч;
 - 3. 9–10 ч;
 - 4. 11–12 ч.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

71. Методом борьбы с послеродовым кровотечением, возник-
шим на вторые сутки после родов, как правило, является

- 1. гемотрансфузия;
 - 2. выскабливание послеродовой матки;
 - 3. применение препаратов тономоторного действия;
 - 4. ручное обследование послеродовой матки.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;

д) все ответы неправильны.

72. Для проявлений геморрагического шока характерно

1. артериальная гипотония;
2. тахикардия;
3. тахипноэ;
4. повышение показателя шокового индекса.

- а) правильно 1, 2, 3;
- б) правильно 1, 2;
- в) все ответы правильны;
- г) правильно только 4;
- д) все ответы неправильны.

73. Показания к переливанию крови обычно определяются

1. объемом потерянной крови;
2. причиной кровопотери;
3. уровнем артериального давления;
4. уровнем центрального венозного давления.

- а) правильно 1, 2, 3;
- б) правильно 1, 2;
- в) все ответы правильны;
- г) правильно только 4;
- д) все ответы неправильны.

74. В системе гемостаза условно выделяются следующие звенья, действующие в тесной взаимосвязи друг с другом

1. тромбоцитарное;
2. прокоагулянтное;
3. фибринолитическое;
4. ингибиторов свертывания крови и фибринолиза.

- а) правильно 1, 2, 3;
- б) правильно 1, 2;
- в) все ответы правильны; г) правильно только 4;
- д) все ответы неправильны.

ПК-1

75. Фибринолитическое звено системы гемостаза обеспечивает

1. лизис фибрина в кровяном русле;
2. лизис тромбов;
3. превращение плазминогена в плазмин;
4. восстановление проходимости сосудов.

- а) правильно 1, 2, 3;
- б) правильно 1, 2;
- в) все ответы правильны;
- г) правильно только 4;
- д) все ответы неправильны.

76. Пусковыми факторами развития ДВС-синдрома являются

1. попадание в кровоток тканевого тромбопластина;
 2. гемолиз эритроцитов;
 3. ацидоз;
 4. аноксия, аноксемия.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

77. К хронической форме ДВС-синдрома приводит следующая патология

1. эклампсия;
 2. преэклампсия;
 3. септический шок;
 4. острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

78. При геморрагическом шоке, независимо от его причины, показано быстрое и одномоментное проведение следующих мер

1. остановка кровотечения;
 2. трансфузионно-инфузионная терапия;
 3. устранение дыхательной недостаточности;
 4. обезболивание.
- а) правильно 1, 2, 3;
 - б) правильно 1, 2;
 - в) все ответы правильны;
 - г) правильно только 4;
 - д) все ответы неправильны.

79. В группу риска развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся все роженицы, кроме

- а) больных с миомой матки;
- б) тех, у кого роды осложнились слабостью родовой деятельности;
- в) родивших ребенка с массой тела более 4000 г;
- г) многорожавших женщин;
- д) тех, у кого произошло преждевременное излитие околоплодных вод.

80. Профилактика кровотечения в родах предусматривает проведение всех перечисленных ниже мероприятий, кроме

- а) выделения группы риска;
- б) бережного ведения родов;
- в) обезболивания во втором периоде родов с помощью ингаляционных анестетиков;
- г) внутривенного введения метилэргометрина при прорезывании головки;
- д) подключения капельной системы в конце второго периода родов.

- 81.** Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов является:
- а) нарушение в системе гемостаза;
 - б) частичное плотное прикрепление плаценты; в) частичное приращение плаценты;
 - г) разрыв шейки матки; д) дефект последа.

82. При гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде клеммы по Бакшееву накладывают в случае

- а) отсутствия эффекта от наружного массажа матки и кровопотери более 400 мл;
- б) неэффективности ручного обследования стенок послеродовой матки и ее наружновнутреннего массажа;
- в) неэффективности повторного ручного обследования матки;
- г) отсутствия эффекта от введения тампона с эфиром в задний свод влагалища;
- д) разрыва шейки матки.

83. При массивном кровотечении в третьем периоде родов или послеродовом периоде начинают инфузию плазмозаменителей

- а) внутривенно капельно (до 50 мл/мин) после остановки кровотечения;
- б) внутривенно струйно (100–150 мл/мин) после остановки кровотечения;
- в) внутривенно струйно (100–150 мл/мин) одновременно с остановкой кровотечения;
- г) внутривенно капельно (до 50 мл/мин) одновременно с остановкой кровотечения;
- д) в данной клинической ситуации инфузионную терапию не проводят.

84. Первоочередной задачей инфузионно-трансфузионной терапии при массивной кровопотере и геморрагическом шоке в родах является

- а) коррекция водно-электролитного баланса;
- б) возмещение объема эритроцитов;
- в) восполнение ОЦК и восстановление микроциркуляции;
- г) коррекция белкового баланса;
- д) повышение свертываемости крови.

85. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме

- а) разрыва шейки матки I и II степени;
- б) продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую;
- в) наличия рубца на матке;
- г) сомнения в целостности плаценты;
- д) подозрения на разрыв матки.

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

- а) прижать аорту;
- б) ввести средства, вызывающие сокращение матки;
- в) наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву;
- г) произвести ручное обследование стенок послеродовой матки;
- д) осмотреть мягкие ткани родовых путей.

87. Наиболее частой причиной позднего послеродового кровотечения является

- а) нарушение сократительной способности мышцы матки;
- б) нарушения в системе гемостаза;
- в) задержка в матке остатков плацентарной ткани;
- г) трофобластическая болезнь;
- д) ничего из вышеперечисленного.

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

- а) ввести средства, вызывающие сокращение матки;
- б) применить метод Креде-Лазаревича;
- в) применить прием Абуладзе;
- г) произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
- д) ввести спазмолитические средства.

89. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве

- а) местный гемостаз;
- б) предотвращение нарушений системы гемостаза;
- в) восстановление ОЦК и микроциркуляции;
- г) профилактика дыхательной недостаточности;
- д) все перечисленное выше верно.

90. Коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено

- а) массивной кровопотерей и геморрагическим шоком;
- б) наличием исходной патологии системы гемостаза;
- в) преждевременной отслойкой плаценты в родах;
- г) длительной задержкой мертвого плода в полости матки;
- д) всеми перечисленными выше факторами.

ПК-2

91. В случае приращения плаценты ворсины хориона прикрепляются в пределах

- а) функционального слоя эндометрия;
- б) миометрия;
- в) базального слоя эндометрия;
- г) периметрия;
- д) параметрия.

92. Перед введением руки в полость матки в третьем периоде родов или раннем послеродовом периоде необходимо

- а) обработать наружные половые органы растворами антисептиков;
- б) опорожнить мочевого пузырь;
- в) подключить внутривенную капельную систему;
- г) провести общее обезболивание;
- д) выполнить все перечисленные выше манипуляции.

93. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при

- а) гестозе;
- б) воспалительных изменениях эндометрия;

- в) инфекционно-аллергическом васкулите;
- г) иммунологическом конфликте между матерью и плодом;
- д) многоплодной беременности.

94. Клинические признаки выраженной формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

- а) геморрагический синдром;
- б) болевой синдром;
- в) острая гипоксия плода;
- г) ДВС-синдром;
- д) все перечисленное выше.

95. Основным фактором, определяющим развитие острой формы ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, является

- а) маточно-плацентарная апоплексия;
- б) морфофункциональные изменения плаценты;
- в) повреждения эндотелия сосудов;
- г) поступление тромбопластических тканевых субстанций в кро- веносную систему матери;
- д) все перечисленное выше.

96. Состояние внутриутробного плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от

- а) площади отслоившейся части плаценты
- б) вида отслойки
- в) быстроты отслойки
- г) морфофункционального состояния плаценты
- д) всего перечисленного выше

97. При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности

- а) 8–12 нед;
- б) 16–20 нед;
- в) 22–24 нед;
- г) 28–32 нед;
- д) 36–40 нед.

98. Наиболее характерным клиническим симптомом предлежания плаценты является

- а) хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- б) снижение уровня гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов в крови;
- в) повторные кровянистые выделения из половых путей;
- г) артериальная гипотензия;
- д) угроза прерывания беременности.

ПК-3

99. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в родах могут быть предприняты все перечисленные ниже меры, кроме

- а) кесарева сечения;
- б) стимуляции родовой деятельности;

- в) экстракции плода за тазовый конец;
- г) плодоразрушающих операций;
- д) наложения акушерских щипцов.

100. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возможна

- а) но время беременности;
- б) в прелиминарном периоде;
- в) в первом периоде родов;
- г) во втором периоде родов;
- д) все вышеперечисленное верно.

101. Для коагулопатии характерно

- а) спазм сосудов;
- б) повышенная ломкость и проницаемость капилляров;
- в) развитие прекапиллярного отека;
- г) тромбоз и кровоизлияния;
- д) все перечисленное выше верно.

102. Укажите факторы, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

- а) пожилой возраст первородящей;
- б) много- и маловодие;
- в) перенашивание беременности;
- г) искусственное и самопроизвольное прерывание беременности;
- д) все перечисленные выше факторы.

103. При развитии матки Кувелера возможно

- а) образование ретроплацентарной гематомы;
- б) инфильтрация мышечного слоя кровью;
- в) нарушение сократительной функции матки;
- г) формирование ДВС-синдрома;
- д) все перечисленное выше.

ПК-4

104. При возникновении в раннем послеродовом периоде кровотечения, связанного с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, необходимо

- а) ввести утеротонические средства;
- б) провести ручное обследование стенок полости матки и наруж- внутренний массаж матки на кулаке;
- в) наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву;
- г) выполнить экстирпацию матки без придатков;
- д) использовать комплекс методов рефлекторного воздействия на матку.

105. Диагноз предлежания плаценты может быть установлен на основании результатов

- а) ультразвукового сканирования; б) амниоскопии;
- в) везико- и сцинтиграфии; г) тепловидения;
- д) всех перечисленных выше исследований.

106. При каком сроке беременности в основном заканчивается миграция плаценты

- а) 16–18 нед;
- б) 20–25 нед;
- в) 32–35 нед;
- г) 38 нед;
- д) 40 нед.

107. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить

- а) в женской консультации;
- б) в приемном покое родильного дома;
- в) в родильном отделении и только при развернутой операционной;
- г) в любых условиях;
- д) не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения.

Возможно несколько вариантов ответа

108. Перечислите факторы, способствующие возникновению гипотонических кровотечений при запоздалых родах

- а) затяжное течение родов;
- б) крупный плод;
- в) слабость родовой деятельности;
- г) нарушение процессов отделения плаценты; д) разрывы влагалища и промежности.

109. К косвенным признакам перенашивания беременности при ультразвуковом исследовании относят

- а) зрелость плаценты III степени с выраженными петрификатами;
- б) отсутствие прироста фетометрических показателей при динамическом наблюдении;
- в) маловодие;
- г) величину ядра Беклара не менее 5 мм;
- д) крупный плод.

110. О готовности шейки матки к родам можно судить на основании следующих признаков

- а) длина шейки матки;
- б) ее консистенция;
- в) проходимость канала шейки матки;
- г) отношение шейки матки к проводной оси таза;
- д) нарушение эпителиального покрова шейки матки.

111. При запоздалых родах наиболее частыми осложнениями, возникающими у плода, являются

- а) гипоксия;
- б) перелом ключицы;
- в) аспирация околоплодных вод;
- г) кефалогематома;
- д) травма шейного отдела позвоночника плода.

ПК-5

112. С увеличением длительности безводного промежутка увеличивается риск возникновения

- а) хориоамнионита;
- б) гипоксии плода;
- в) послеродового эндометрита;
- г) клинически узкого таза;
- д) детского травматизма.

113. Какие осложнения возможны при полной преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

- а) имбибиция матки кровью (матка Кувелера);
- б) внутриутробная гибель плода;
- в) развитие ДВС-синдрома;
- г) хориоамнионит;
- д) разрыв матки.

114. Причиной развития ДВС-синдрома могут быть

- а) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- б) эмболия околоплодными водами;
- в) гестоз;
- г) геморрагический шок;
- д) несвоевременное излитие вод.

115. Акушерская тактика при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от

- а) состояния родовых путей;
- б) предлежащей части плода и ее расположения в малом тазе;
- в) состояния беременной;
- г) состояния плода;
- д) от возраста роженицы.

116. Какие методы исследования могут быть использованы для диагностики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

- а) ультразвуковое исследование;
- б) наружное акушерское исследование;
- в) исследование сердечной деятельности плода; г) рентгенография органов малого таза;
- д) рентгенопельвиометрия.

117. Какие оперативные вмешательства показаны при неполном предлежании плаценты

- а) амниотомия;
- б) наложение кожно-головных щипцов; в) кесарево сечение;
- г) наложение акушерских щипцов;
- д) низведение ножки.

118. Укажите факторы, способствующие возникновению аномалий расположения плаценты

- а) пороки развития матки;
- б) воспалительные заболевания матки;
- в) повторные диагностические выскабливания;
- г) миома матки с субсерозным расположением узла;

д) рубец на матке.

119 Для кровотечений, возникающих при предлежании пла- центы, характерно

- а) внезапность;
- б) повторяемость;
- в) безболезненность;
- г) различная интенсивность;
- д) возникновение на фоне полного здоровья.

Ответы

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
а		+	+												+					+
б														+		+				
в	+						+													
г				+	+	+						+								
д								+	+	+	+		+				+	+	+	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		
а												+		+						
б																				
в																				
г				+		+			+	+						+	+	+	+	
д	+	+		+		+	+	+			+		+							

	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
а					+				+			+							+	
б						+											+			
в			+	+																
г	+						+	+		+						+		+		
д		+									+		+	+	+					+

	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
а						+							+							
б																			+	
в				+	+		+	+		+	+	+		+	+	+	+	+		+
г		+																		
д	+		+																	

	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
а							+								+					
б			+	+									+							
в		+			+	+			+											+
г								+		+							+		+	
д	+										+	+		+		+		+		

	99	100	101	102	103	104	105	106	107
а									
б	+								

В										+	+
Г								+			
Д		+	+	+	+				+		

	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119
а	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
б	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+
в	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
г			+				+	+				+
д											+	+

РАЗДЕЛ 7 Ранние токсикозы беременных. Преэклампсия, эклампсия

ОПК 4

1. ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА ВКЛЮЧАЕТ

- 0) Гепарин
- 1) Диуретики
- 2) Низкие дозы аспирина
- 3) Витамины Е и С

ОПК-5

2. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ АД ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) АД более 140/90 мм рт ст
- 2) АД более 130/90 мм рт ст
- 3) АД более 135/90 мм рт ст
- 4) АД более 135/85 мм рт ст

3. ТЯЖЕЛАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ АД

- 1) 160/110 мм рт ст
- 2) 150/110 мм рт ст
- 3) 150/95 мм рт ст
- 4) 155/95 мм рт ст

ОПК-6

4. НОРМА СУТОЧНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 0,4 г/л
- 2) 0,3 г/л
- 3) 0,5 г/л
- 4) 0,6 г/л

ОПК-7

5. ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ БЕЛКА В МОЧЕ

- 1) до 5 г/24 часовой порции мочи
- 2) более 5 г/24 часовой порции мочи
- 3) менее 3 грамм в 2 порциях мочи
- 4) более 2 грамм в 2 порциях мочи

ОПК-8

6. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Симфизит
- 2) Полиурия
- 3) Артериальная гипертензия
- 4) Отеки

ОПК-9

7. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Головная боль
- 2) Пиурия
- 3) Острая гипоксия плода
- 4) Отеки

ОПК-10

8. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Отеки лица
- 2) АД 160/100 мм рт ст, белок в моче – более 5 грамм
- 3) АД 150/100 мм рт ст, белок в моче – более 2 грамм
- 4) АД 150/1100 мм рт ст, белок в моче – более 2 грамм

ПК-1

9. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ СРОКЕ 22-24 НЕДЕЛИ

- 1) Прекращение жизнеугрожающей беременности
- 2) Пролонгирование беременности, при условии контролируемой гипертензии
- 3) Подготовка, родоразрешение
- 4) Пролонгирование беременности, при условии неконтролируемой гипертензии

10. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ СРОКЕ 25-27 НЕДЕЛЬ

- 1) Прекращение жизнеугрожающей беременности
- 2) Пролонгирование беременности, при условии контролируемой гипертензии
- 3) Подготовка, родоразрешение
- 4) Пролонгирование беременности, при условии неконтролируемой гипертензии

11. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ СРОКЕ 34 НЕДЕЛИ

- 1) Прекращение жизнеугрожающей беременности
- 2) Пролонгирование беременности, при условии контролируемой гипертензии
- 3) Подготовка, родоразрешение
- 4) Пролонгирование беременности, при условии неконтролируемой гипертензии

ПК-2

12. ОСНОВНЫМИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Метилдопа, Нифедипин
- 2) Спиринолоктон
- 3) Ингибиторы АПФ
- 4) антагонисты рецепторов ангиотензина II

ПК-3

13. ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ/ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ЭКЛАМПСИИ/ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) Эпидуральная
- 2) Спинальная
- 3) Эпидуральная и спинальная в равной мере
- 4) Общая

ПК-4

14. HELLP СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Гемолиз эритроцитов
- 2) Повышение уровня печеночных ферментов
- 3) Тромбоцитопения
- 4) 1,2,3

ПК-5

15. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ HELLP СИНДРОМЕ ПРИ СРОКЕ БОЛЕЕ 34 НЕДЕЛЬ

- 1) В течение 48 часов
- 2) Экстренное родоразрешение
- 3) Пролонгирование беременности до 36 недель
- 4) Пролонгирование беременности до 38 недель

16. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ HELLP СИНДРОМЕ ПРИ СРОКЕ МЕНЕЕ 34 НЕДЕЛЬ

- 1) В течение 48 часов
- 2) Экстренное родоразрешение
- 3) Пролонгирование беременности до 36 недель
- 4) Пролонгирование беременности до 38 недель

Эталонные ОТВЕТЫ

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

РАЗДЕЛ 8 Травматизм в акушерстве и гинекологии

ПРОЧИТАЙТЕ ЗАДАНИЕ И ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА

ОПК - 4

1. При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме

- а) нарушения задней спайки;
- б) повреждения стенок влагалища;
- в) повреждения мышц промежности;
- г) повреждения наружного сфинктера прямой кишки;
- д) повреждения кожи промежности.

2. При разрыве промежности III степени швы накладывают, как правило, в следующей последовательности

- а) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности;
- б) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности;
- в) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности;
- г) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности;
- д) на слизистую влагалища, мышцы промежности, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, кожу промежности.

ОПК-5

3. Насильственные разрывы шейки матки образуются во всех перечисленных ситуациях, кроме

- а) наложения акушерских щипцов;
- б) поворота плода на ножку;
- в) извлечения плода за тазовый конец;
- г) плодоразрушающих операций;
- д) длительного сдавления шейки матки при узком тазе.

4. При разрыве промежности I степени швы, как правило, накладывают

- а) на слизистую влагалища;
- б) на мышцы промежности;
- в) на кожу промежности;
- г) верно а) и в);
- д) на все перечисленное.

ОПК-6

5. Разрыв шейки матки III степени (с одной или двух сторон) характеризуется тем, что он

- а) более 2 см, но не доходит до свода влагалища;
- б) доходит до свода влагалища;
- в) сливается с разрывом верхнего отдела влагалища;
- г) верно б) и в);
- д) все перечисленное неверно.

6. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является

- а) восстановление слизистой влагалища;
- б) наложение швов на мышцы промежности;
- в) восстановление сфинктера прямой кишки;
- г) зашивание разрыва стенки прямой кишки;
- д) наложение швов на кожу промежности.

ОПК-7

7. Возникновению разрывов промежности в родах способствует

1. прорезывание головки плода неблагоприятным размером;
 2. наложение акушерских щипцов;
 3. ригидность тканей промежности;
 4. неправильное ведение родов.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;

- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

8. Причины возникновения разрывов влагалища в родах

- 1. инфантилизм;
 - 2. стремительное течение родов;
 - 3. крупная головка плода;
 - 4. неправильные (разгибательные) предлежания головки плода.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;
 - г) верно 4;
 - д) ничего из перечисленного.

ОПК-8

9. При разрыве промежности II степени проводят, как правило, поэтапное зашивание

- 1. слизистой влагалища;
 - 2. мышц промежности;
 - 3. кожи промежности;
 - 4. наружного сфинктера прямой кишки.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;
 - г) верно 4;
 - д) ничего из перечисленного.

10. Принципы лечения совершившегося разрыва матки

- 1. адекватное анестезиологическое пособие;
 - 2. оперативное вмешательство;
 - 3. инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере;
 - 4. коррекция нарушений гемокоагуляции.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;
 - г) верно 4;
 - д) ничего из перечисленного.

ОПК-9

11. При невосстановленных разрывах промежности II степени возможно развитие следующих осложнений

- 1. опущение и выпадение влагалища;
 - 2. опущение и выпадение матки;
 - 3. недержание газов и кала;
 - 4. диспареуния.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;
 - г) верно 4;
 - д) ничего из перечисленного.

12. Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища, как правило, характеризуется следующим

1. наличием опухолевидного образования;
2. сине-багровой окраской образования;
3. напряжением тканей над образованием и болезненностью;
4. возможным появлением признаков анемии.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

ОПК-10

13. Профилактика разрывов промежности включает

1. соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах;

2. бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций;
3. правильное ведение родов;
4. перинеотомию или эпизиотомию.

- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

14. Показания к перинеотомии или эпизиотомии

1. ригидная промежность;
2. операция наложения акушерских щипцов;
3. высокая промежность;
4. недоношенный плод.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

ПК-1

15. Причины, вызывающие гематомы наружных половых органов и влагалища

1. оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец);

2. патологические изменения в сосудистой системе;
3. затяжные роды;
4. ригидная промежность.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

16. Для клинической картины разрыва шейки матки характерно

1. периодически повторяющееся кровотечение из половых путей;
2. гипотония матки;

3. ДВС-синдром;
 4. постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;
 - г) верно 4;
 - д) ничего из перечисленного.

ПК-2

17. Глубокие разрывы шейки матки опасны возникновением

1. кровотечения;
 2. эктропиона;
 3. хронического воспаления слизистой оболочки шейечного канала;
 4. гипотонии матки.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) верно 4;
 - г) ничего из перечисленного.

18. Причины разрыва матки во время беременности

1. клинически узкий таз;
 - 2.. анатомически узкий таз;
 3. крупный плод;
 4. несостоятельность послеоперационного рубца на матке.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;
 - г) верно 4;
 - д) ничего из перечисленного.

ПК-3

19. Причины разрыва матки в родах

1. клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери;
 2. поперечное положение плода;
 3. анатомически узкий таз;
 4. крупный плод.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;
 - в) всего перечисленного;
 - г) верно 4;
 - д) ничего из перечисленного.

20. К разрыву матки предрасполагает

1. рубец на матке после операции кесарева сечения;
 2. повреждение матки при аборте;
 3. дегенеративные и воспалительные процессы в матке, перенесенные до настоящей беременности;
 4. инфантилизм.
- а) верно 1, 2, 3;
 - б) верно 1, 2;

- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

ПК-4

21. Причиной насильственного разрыва матки является

- 1. травма;
- 2. внешнее воздействие при наличии перерастяжения нижнего маточного сегмента;
- 3. рубец на матке;
- 4. слабость родовой деятельности.

- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

22. Осложнение беременности и родов, указывающее на возможный риск разрыва матки в родах

- 1. крупный плод;
- 2. лобное вставление головки плода;
- 3. переносная беременность;
- 4. многоводие.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

ПК-5

23. Симптомами угрожающего разрыва матки являются

- 1. гипертонус матки;
- 2. высокое стояние контракционного кольца;
- 3. болезненность нижнего сегмента матки при пальпации;
- 4. потуги при высоко стоящей головке плода.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

24. Симптомами начавшегося разрыва матки являются

1. непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз;

- 2. выраженная болезненность живота вне схваток или потуг;
- 3. кровянистые выделения из матки;
- 4. примесь крови в моче.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

25. Клинические признаки совершившегося разрыва матки

1. распирающая боль в животе;
2. тяжелое состояние женщины, связанное с шоком;
3. прекращение родовой деятельности;
4. определение частей плода при пальпации непосредственно под брюшной стенкой.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

26. Выбор объема операции при совершившемся разрыве матки определяется

1. тяжестью состояния больной;
2. характером повреждения;
3. сопутствующим инфицированием матки;
4. быстротой и надежностью остановки кровотечения.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

27. К группе риска по акушерской травме таза относятся беременные

1. с симфизиопатией во время беременности;
2. с крупным плодом;
3. с узким тазом;
4. страдающие генитальным инфантилизмом.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

28. При разрыве в родах лонного сочленения могут одновременно повреждаться

1. мочевого пузыря;
2. уретра;
3. клитор;
4. шейка матки.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

29. Возможные причины разрывов лонного сочленения в родах

1. значительное серозное пропитывание соединений и связочного аппарата таза во время беременности;
2. гестоз беременных;
3. крупный плод;

4. оперативное родоразрешение (плодоразрушающая операция, акушерские щипцы).

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

30. Клиническая картина при расхождении лонного сочленения характеризуется

- 1. болью в области лобка;
- 2. отечностью тканей и углублением между разошедшимися концами лобковых костей;
- 3. болью при пальпации лонного сочленения;
- 4. усилением боли в области симфиза при разведении ног, согнутых в коленях и тазобедренных суставах.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

31. Диагностика расхождений и разрывов лонного сочленения основывается

- 1. на учете особенностей течения родов;
- 2. на данных клинического исследования;
- 3. на УЗИ;
- 4. на рентгенографии костей таза.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

32. Профилактика травм уретры, мочевого пузыря во время родов включает

- 1. диагностику анатомически узкого таза;
- 2. своевременную диагностику клинически узкого таза;
- 3. опорожнение мочевого пузыря при анатомически или же при функционально узком тазе
- 4. своевременное выявление аномалий родовой деятельности.

- а) верно 1, 2, 3;
- б) верно 1, 2;
- в) всего перечисленного;
- г) верно 4;
- д) ничего из перечисленного.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
а																					
б											+										+
в		+					+	+		+		+	+	+	+		+		+	+	
г	+			+	+	+										+		+			
д			+																		
		22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32									

а	+						+				
б											
в		+	+	+	+	+		+	+	+	+
г											
д											

РАЗДЕЛ 9 Эндокринология в акушерстве и гинекологии
ПРОЧИТАЙТЕ ЗАДАНИЕ И ВЫБЕРИТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА
ОПК -4

1. КЛИНИЧЕСКИЙ ШИФР СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ, СОГЛАСНО МКБ-10:

- 1) E28.2
- 2) N93.9
- 3) O20.0
- 4) X66.3

2. СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ – ЭТО;

- 1) Полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как наследственными факторами, так и факторами внешней среды.
- 2) Системное заболевание, развивающееся в результате активации продукции вазоактивных медиаторов яичниками на фоне стимуляции суперовуляции.
- 3) Синдром вызван мутацией гена, кодирующего синтез гликопротеина фибриллина-1, и является плеiotропным.
- 4) Избыточный рост терминальных волос у женщин и детей по мужскому типу.

3. ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Гиперандрогения, менструальная и/или овуляторная дисфункция и поликистозная морфология яичников
- 2) Преждевременное истощение яичников
- 3) Метроррагии
- 4) Гипоандрогения

4. СОГЛАСОВАННЫЕ КРИТЕРИИ ASRM/ESHRE ПРЕДПОЛАГАЮТ НАЛИЧИЕ ЛЮБЫХ 2-Х ИЗ 3-Х ПРИЗНАКОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ:

- 1) Олигоановуляция, гиперандрогенемия и/или гирсутизм, поликистозная морфология яичников по УЗИ
- 2) Ановуляции, метроррагия и/или алопеция
- 3) Метроррагия, гипоандрогения и/или гирсутизм
- 4) Гипоандрогения, алопеция и/или поликистозная морфология яичников

5. ОЦЕНКА ГИРСУТИЗМА ПРОИЗВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ:

- 1) Ферримана-Галлвея
- 2) Бишоп
- 3) Доунс
- 4) Сильвермана

6. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИРСУТИЗМА ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ДОСТИГАЕТ

- 1) 75%
- 2) 60%
- 3) 10%
- 4) 30%

7. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ИМЕЕТ ПОВЫШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВНЕЙ:

- 1) Общего и свободного тестостерона
- 2) АСАТ и АЛАТ
- 3) Эстрадиола и прогестерона
- 4) Т3 и Т4

ОПК -5

8. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ МАРКЕРАМИ БИОХИМИЧЕСКОЙ ГИПЕРАНДРОГАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) ДЭАС и андростендион
- 2) Общий и свободный тестостерон
- 3) Эстрадиол и прогестерон
- 4) Т3 и АТ-ТПО

9. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО: ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИЙ ОБЩЕГО ТЕСТОСТЕРОНА С ПОМОЩЬЮ:

- 1) Жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (LC-MS)
- 2) Иммуноферментного анализа
- 3) Полимеразно-цепной реакции
- 4) Реакции непрямой гемагглютинации

10. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО: ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИЙ ОБЩЕГО ТЕСТОСТЕРОНА С ПОМОЩЬЮ:

- 1) Газовой хроматографии с масс-спектрометрией (GC-MS)
- 2) Иммуноферментного анализа
- 3) Полимеразно-цепной реакции
- 4) Реакции непрямой гемагглютинации

11. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО: ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИЙ ОБЩЕГО ТЕСТОСТЕРОНА С ПОМОЩЬЮ:

- 1) РИА с экстракцией органическими растворителями с последующей хроматографией
- 2) Иммуноферментного анализа
- 3) Полимеразно-цепной реакции
- 4) Реакции непрямой гемагглютинации

12. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ОВУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Нарушения менструального цикла (продолжительность цикла менее 21 дня, или более 35 дней)
- 2) Нарушения менструального цикла (продолжительность цикла менее 25 дня, или более 30 дней)
- 3) Нарушения менструального цикла (продолжительность цикла менее 28 дня, или более 40 дней)
- 4) Нарушения менструального цикла (продолжительность цикла менее 20 дня, или

более 37 дней)

ОПК-6

13. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИКИСТОЗНОЙ МОРФОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ:

- 1) Наличие в яичнике 12 и более фолликулов, имеющих диаметр 2-9 мм, и/или увеличение овариального объема более 10 мл
- 2) Наличие в яичнике 15 и более фолликулов, имеющих диаметр 3-7 мм, и/или увеличение овариального объема более 15 мл
- 3) Наличие в яичнике 13 и более фолликулов, имеющих диаметр 5-10 мм, и/или увеличение овариального объема более 5 мл
- 4) Наличие в яичнике 17 и более фолликулов, имеющих диаметр 6-15 мм, и/или увеличение овариального объема более 20 мл

14. О НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОВУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- 1) Отсутствие овуляции в 2-х циклах из 3-х
- 2) Отсутствие овуляции в 5-х циклах из 15-х
- 3) Отсутствие овуляции в 3-х циклах из 6-х
- 4) Отсутствие овуляции в 10-х циклах из 14-х

15. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ВДКН) ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Повышение уровня 17-ОН-прогестерона
- 2) Повышение уровня минералокортикоидов
- 3) Повышение уровня адреналина
- 4) Повышение уровня гидрокортизона

16. БЕЗУСЛОВНО ЗНАЧИМЫМ ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ 17-ОН-ПРОГЕСТЕРОНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Более 400 нг/дл или 13 нмоль/л
- 2) Менее 800 нг/дл или 17 нмоль/л
- 3) Более 900 нг/дл или 20 нмоль/л
- 4) Менее 200 нг/дл или 9 нмоль/л

17. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Повышение уровня ТТГ выше его нормальных значений и снижение концентраций свободной фракции тироксина
- 2) Снижение уровня ТТГ ниже его нормальных значений и повышение концентраций свободной фракции тироксина
- 3) Повышение уровня Т3 выше его нормальных значений и повышение концентраций свободной фракции тироксина
- 4) Снижение уровня ТТГ ниже его нормальных значений и снижение концентраций свободной фракции тироксина

18. ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ:

- 1) Пролактина сыворотки крови
- 2) Окситоцина сыворотки крови
- 3) Молочной кислоты сыворотки крови

4) Соматотропного гормона сыворотки крови

ОПК - 7

19. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) Заболеваний щитовидной железы
- 2) Заболеваний гипоталамуса
- 3) Заболеваний почек
- 4) Заболеваний вилочковой железы

20. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСКЛЮЧЕНИЕ:

- 1) Неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников
- 2) Синдрома гиперстимуляции яичников
- 3) Синдрома Ашермана
- 4) Эндометриоза

ОПК-8

21. "ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ" ДИАГНОСТИКИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ (ИР) ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Эугликемический гиперинсулинемический клэмп-тест с внутривенным введением инсулина и одновременной инфузией глюкозы для поддержания стабильного уровня гликемии
- 2) Определение уровня глюкогона методом иммуноферментного анализа без экстракции
- 3) Определение уровня дегидротестостерона методом двойного (равновестного) диализа
- 4) Определение биологически доступного тестостерона методом преципитации

22. К КЛИНИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ:

- 1) Нигроидный акантоз
- 2) Акне
- 3) Стрии
- 4) Ановуляция

23. НИГРОИДНЫЙ АКАНТОЗ – ЭТО:

- 1) Папиллярно-пигментная дистрофия кожи в виде локализованных участков бурой гиперпигментации в области кожных складок, чаще шеи, подмышечных впадин, паховой области, которые гистологически характеризуются гиперкератозом и папилломатозом
- 2) Хроническое воспалительное заболевание сальных желез, возникающее в результате их закупорки и повышенной выработки кожного сала
- 3) Биологическое событие в жизни женщины, этап полового созревания, начало роста молочных желёз
- 4) Развитие лобкового оволосения, что происходит под действием надпочечниковых андрогенов в возрасте после 10 лет в стадии пубертатного развития

24. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (МС) У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ:

- 1) Увеличение объема талии больше 80 см
- 2) Увеличение объема бедер
- 3) Увеличение объема плеча
- 4) Увеличение объема груди

25. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (МС) У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ:

- 1) ТГ \geq 1,7 ммоль/л (\geq 150 мг/дл) или прием препаратов для лечения данного нарушения
- 2) ТГ \geq 2,7 ммоль/л (\geq 200 мг/дл) или прием препаратов для лечения данного нарушения
- 3) ТГ \geq 3,7 ммоль/л (\geq 500 мг/дл) или прием препаратов для лечения данного нарушения
- 4) ТГ \geq 0,2 ммоль/л (\geq 50 мг/дл) или прием препаратов для лечения данного нарушения

26. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (МС) У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ:

- 1) ЛПВП $<$ 1,3 ммоль/л ($<$ 50 мг/дл)
- 2) ЛПВП $<$ 1,5 ммоль/л ($<$ 100 мг/дл)
- 3) ЛПНП $<$ 2,3 ммоль/л ($<$ 90 мг/дл)
- 4) ЛПОНП $<$ 3,0 ммоль/л ($<$ 200 мг/дл)

27. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (МС) У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ:

- 1) АД САД \geq 130 мм рт. ст. или ДАД \geq 85 мм рт. ст. или лечение ранее диагностированной АГ
- 2) АД САД \geq 160 мм рт. ст. или ДАД \geq 105 мм рт. ст. или лечение ранее диагностированной АГ
- 3) АД САД \geq 190 мм рт. ст. или ДАД \geq 100 мм рт. ст. или лечение ранее диагностированной АГ
- 4) АД САД \geq 220 мм рт. ст. или ДАД \geq 95 мм рт. ст. или лечение ранее диагностированной АГ

28. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (МС) У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ:

- 1) Глюкоза плазмы натощак \geq 5,6 ммоль/л (\geq 100 мг/дл)
- 2) Глюкоза плазмы натощак \geq 6,1 ммоль/л (\geq 120 мг/дл)
- 3) Глюкоза плазмы натощак \geq 7,2 ммоль/л (\geq 150 мг/дл)
- 4) Глюкоза плазмы натощак \geq 11,4 ммоль/л (\geq 200 мг/дл)

ОПК-9

29. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ:

- 1) устранение проявлений андрогензависимой дерматии
- 2) восстановление овуляторного менструального цикла и фертильности
- 3) нормализация массы тела и коррекция метаболических нарушений
- 4) все ответы верны

30. ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ГИРСУТИЗМА И АКНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Монотерапия комбинированными гормональными контрацептивами (КОК, пластырь, ринг)
- 2) Инсулиносенситайзеры
- 3) Глюкокортикоиды
- 4) Антиандрогены

ОПК-10

31. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) Подавлением секреции ЛГ, что приводит к снижению продукции овариальных андрогенов
- 2) Повышением продукции надпочечных андрогенов
- 3) Снижением уровня прогестерона
- 4) Повышением уровня свободно циркулирующего тестостерона

32. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) Эстрогенный компонент КГК способствует повышению уровней СССГ, что, в свою очередь, способствует снижению уровней свободно циркулирующего тестостерона
- 2) Повышением продукции надпочечных андрогенов
- 3) Снижением уровня прогестерона
- 4) Повышением уровня свободно циркулирующего тестостерона

33. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) Прогестин в составе КГК может осуществлять конкурентное взаимодействие с 5 α -редуктазой на уровне рецепторов к андрогенам
- 2) Повышением продукции надпочечных андрогенов
- 3) Снижением уровня прогестерона
- 4) Повышением уровня свободно циркулирующего тестостерона

34. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) Снижают продукцию надпочечниковых андрогенов, по-видимому, за счет подавления продукции АКТГ
- 2) Повышением продукции надпочечных андрогенов
- 3) Снижением уровня прогестерона
- 4) Повышением уровня свободно циркулирующего тестостерона

35. В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ 2-Й ЛИНИИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И НЕРЕГУЛЯРНЫМИ МЕНСТРУАЦИЯМИ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАН:

- 1) Метформин
- 2) Йодомарин
- 3) Калий левомефолат
- 4) Изотретиноин

36. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) Не ранее, чем через 6 месяцев
- 2) Не ранее, чем через 12 месяцев
- 3) Не ранее, чем через 3 месяца
- 4) Не ранее, чем через 1 месяц

37. ПРИ АКНЕ, НАРЯДУ С ГКГ, ЭФФЕКТИВНЫ:

- 1) Системные антибиотики группы тетрациклинов
- 2) Системные антибиотики группы карбопиемов
- 3) Системные антибиотики группы цефалоспоринов
- 4) Системные антибиотики группы фторхинолонов

38. ПРИ АКНЕ, НАРЯДУ С ГКГ, ЭФФЕКТИВНЫ:

- 1) Системные антибиотики группы макролидов
- 2) Системные антибиотики группы карбопиемов
- 3) Системные антибиотики группы фторхинолонов
- 4) Системные антибиотики группы цефалоспоринов

39. ПРИ АКНЕ, НАРЯДУ С ГКГ, ЭФФЕКТИВНЫ:

- 1) Изотретиноин
- 2) Азитромицин
- 3) Комбилипен
- 4) Цианокобаламин

ПК-1

40. ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИСИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

- 1) Восстановление овуляторных менструальных циклов
- 2) Лечение мужского фактора
- 3) Лечение трубно-перитонеального фактора
- 4) Лечение иммунологически обусловленного бесплодия

41. В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОВУЛЯТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

- 1) Кломифена цитрата
- 2) Эритромицина
- 3) Метформина
- 4) Преднизолона

42. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ:

- 1) Нарушений углеводного обмена
- 2) Нарушений липидного обмена
- 3) Нарушений белкового обмена
- 4) Нарушений энергетического обмена

43. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ:

- 1) Профилактики синдрома гиперстимуляции яичников у женщин с СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ при использовании ВРТ
- 2) Профилактики миомы матки
- 3) Профилактики преждевременного истощения яичников
- 4) Профилактики врожденной дисфункции коры надпочечников

44. В КАЧЕСТВЕ 2-Й ЛИНИИ ТЕРАПИИ, ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КЛОМИФЕНЦИТРАТА ИЛИ ОТСУТСТВИИ УСЛОВИЙ ДЛЯ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ

ПРОВОДИТСЯ:

- 1) Стимуляция овуляции гонадотропинами или лапароскопия
- 2) Стимуляция овуляции глюкокортикостероидами или лапаротомия
- 3) Стимуляция овуляции антагонистами РГ-ТГ или лапаротомия
- 4) Стимуляция овуляции гестагенами или лапароскопия

45. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОНАДОТРОПИНОВ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

- 1) 6 циклов
- 2) 2 цикла
- 3) 4 цикла
- 4) 8 циклов

46. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТИМУЛЯЦИИ ГОНАДОТРОПИНАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ МОНИТОРИРОВАТЬ:

- 1) Овариальный ответ
- 2) Овариальный резерв
- 3) Температуру тела
- 4) Трансаминазы

47. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Резистентность к кломифенцитрату
- 2) Резистентность к метформину
- 3) Резистентность к глюкокортикоидам
- 4) Резистентность к каберголину

48. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Высокий уровень ЛГ
- 2) Низкий уровень ЛГ
- 3) Высокий уровень ФСГ
- 4) Низкий уровень ФСГ

49. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Эндометриоз
- 2) Эндометрит
- 3) Миома матки
- 4) Хориоэпителиома

50. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Трубно-перитонеальный фактор бесплодия
- 2) Хориоэпителиома
- 3) Фиброаденома
- 4) Внутрипротоковая папиллома

51. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Невозможность мониторинга при использовании гонадотропинов
- 2) Хориоэпителиома
- 3) Фиброаденома
- 4) Внутрипротоковая папиллома

ПК-2

52. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ВРТ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Неэффективность стимуляции овуляции и лапароскопии
- 2) Эндометрит
- 3) Миома матки
- 4) Хориоэпителиома

53. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ВРТ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Трубно-перитонеальный фактор бесплодия
- 2) Эндометрит
- 3) Миома матки
- 4) Хориоэпителиома

54. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ВРТ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Эндометриоз
- 2) Эндометрит
- 3) Миома матки
- 4) Хориоэпителиома

55. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ВРТ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Мужской фактор бесплодия
- 2) Эндометрит
- 3) Миома матки
- 4) Хориоэпителиома

56. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ВРТ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ:

- 1) Необходимость преимплантационной диагностики
- 2) Эндометрит
- 3) Миома матки
- 4) Хориоэпителиома

57. У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕНОС:

- 1) 1 эмбриона
- 2) 2 эмбрионов
- 3) 4 эмбрионов
- 4) 6 эмбрионов

58. ПРЕДКОНЦЕПЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ:

- 1) Отказ от курения
- 2) Использование калия йодида
- 3) Барьерный метод контрацепции
- 4) Комбинированные оральные контрацептивы

ПК-3

59. ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В МЕНОПАУЗЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) Заместительная гормональная терапия
- 2) Менопаузальная гормональная терапия
- 3) Оральные контрацептивы
- 4) Антибактериальная терапия

60 ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Возраст 40-45 лет и до наступления менопаузы
- 2) Стойким прекращением менструации в течение 12 месяцев
- 3) Менопаузальный переход +12 месяцев
- 4) Период после наступления менопаузы

61. ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Возраст 40-45 лет и до наступления менопаузы
- 2) Стойким прекращением менструации в течение 12 месяцев
- 3) Менопаузальный переход +12 месяцев
- 4) Период после наступления менопаузы

62 ПЕРИОД ПЕРИМENOПАУЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Возраст 40-45 лет и до наступления менопаузы
- 2) Стойким прекращением менструации в течение 12 месяцев
- 3) Менопаузальный переход +12 месяцев
- 4) Период после наступления менопаузы

63 ПЕРИОД ПОСТМENOПАУЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Возраст 40-45 лет и до наступления менопаузы
- 2) Стойким прекращением менструации в течение 12 месяцев
- 3) Менопаузальный переход +12 месяцев
- 4) Период после наступления менопаузы

64 РАННЯЯ ПОСТМENOПАУЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

- 1) Снижением ФСГ
- 2) Снижением АМГ
- 3) Снижением Е2
- 4) Снижением ингибина В

ПК-4

65 К ОБЩИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) УЗИ органов малого таза
- 2) Гистероскопия
- 3) Маммография
- 4) Липидограмма

66 В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ
МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОЗРАСТЕ ДО

- 1) 55 лет
- 2) 60 лет
- 3) 65 лет
- 4) 70 лет

67 ДОЗА ЭСТРОГЕНОВ В ПРЕПАРАТАХ ДЛЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

- 1) Соответствует уровню в крови молодых женщин в фазу ранней пролиферации
- 2) Соответствует уровню в крови молодых женщин в фазу поздней пролиферации
- 3) Соответствует уровню в крови молодых женщин в фазу ранней секреции
- 4) Соответствует уровню в крови молодых женщин в фазу поздней секреции

68 МОНОТЕРАПИЯ ЭСТРОГЕНАМИ В МЕНОПАУЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ЖЕНЩИНАМ

- 1) С целью лечения гиперпластических процессов
- 2) При удаленной матке
- 3) С контрацептивной целью
- 4) С целью коррекции АД

69 ДВУХФАЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ НАЗНАЧАЮТСЯ В ПЕРЕМЕНОПАУЗЕ

- 1) Обладают контрацептивным эффектом
- 2) Не обладают контрацептивным эффектом
- 3) Не имеет значение 4) 2 и 3

ПК-5

70 ПЕРОРАЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЭСТРОГЕНОВ В ПЕРЕМЕНОПАУЗЕ
ОБЛАДАЕТ ВСЕМ, КРОМЕ

- 1) Обладает положительным влиянием на некоторые показатели липидного обмена
- 2) Позволяет избежать первичного метаболизма в печени
- 3) Возможно не полное всасывание в ЖКТ
- 4) Имеет место предрасположенность к образованию камней в желчном пузыре

71. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ПУТИ ВВЕДЕНИЯ
ПРЕПАРАТОВ В ПЕРЕМЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) Нечувствительность к пероральным гормонам
- 2) Расстройства коагуляции
- 3) Болезни печени, артериальная гипертензия, нарушения всасываемости в ЖКТ
- 4) Заболевания почек

72. ТРАНСДЕРМАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЭСТРОГЕНОВ ПОЗВОЛЯЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) Избежать первичного метаболизма в печени
- 2) Уменьшить колебания содержания эстрогенов в крови
- 3) Повысить возможность взаимодействия с другими препаратами
- 4) Быстро прекратить лечение при необходимости

73. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОЙ
ГОРМОНОТЕРАПИИ В МЕНОПАУЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 года
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет

4) 10 лет

74. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА МОНОТЕРАПИИ ЭСТРОГЕНАМИ В МЕНОПАУЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 года
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет
- 4) 10 лет

75. ЖЕНЩИНАМ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДО

- 1) Сроком до 5 лет
- 2) Среднего возраста наступления менопаузы
- 3) В течение 3 лет
- 4) В течение 7 лет

76. ПРИЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАУЗЕ НЕОБХОДИМО

- 1) Контроль эндометрия УЗИ 1 раз в 3 месяца
- 2) Пайпельбиопсия через 6 месяцев
- 3) Гистероскопия с кюретажем
- 4) 1 и 2 или 1 и 3

77. ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЭСТРОГЕНАМИ ПОКАЗАНА

- 1) У женщин с атрофическими изменениями во влагалище
- 2) При гиперплазии эндометрия
- 3) При вегетативных расстройствах
- 4) При аденомиозе

Эталонные ОТВЕТЫ

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
<i>1</i>									
<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>18</i>	<i>19</i>	<i>20</i>
<i>1</i>									
<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>	<i>27</i>	<i>28</i>	<i>29</i>	<i>30</i>
<i>1</i>									
<i>31</i>	<i>32</i>	<i>33</i>	<i>34</i>	<i>35</i>	<i>36</i>	<i>37</i>	<i>38</i>	<i>39</i>	<i>40</i>
<i>1</i>									
<i>41</i>	<i>42</i>	<i>43</i>	<i>44</i>	<i>45</i>	<i>46</i>	<i>47</i>	<i>48</i>	<i>49</i>	<i>50</i>
<i>1</i>									

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
2	3	4	1	2	2	1	2	2	2
71	72	73	74	75	76	77			
4	3	2	3	2	4	1			

РАЗДЕЛ 10 Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ОПК-4

1. КЛИНИЧЕСКИМ ПОЛИМИКРОБНЫМ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, ВОЗНИКАЮЩИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАМЕНЫ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА НА ПОВЫШЕННУЮ ГЕНЕРАЦИЮ ОБЛИГАТНЫХ И ФАКУЛЬТАТИВНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ НАЗЫВАЮТ:

- 1) бактериальный вагиноз;
- 2) вульвовагинальный кандидоз;
- 3) аэробный вагинит;
- 4) трихомоноз.

2. ОБИЛЬНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ С ЗАПАХОМ НЕСВЕЖЕЙ РЫБЫ, ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- 1) урогенитального трихомониаза
- 2) вульвовагинального кандидоза
- 3) бактериального вагиноза
- 4) аэробного вагинита

3. ВЫДЕЛЕНИЯ БЕЛОГО ИЛИ СВЕТЛО-СЕРОГО ОТТЕНКА, НЕРЕДКО С ПУЗЫРЬКАМИ ГАЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) аэробного вагинита;
- 2) урогенитального трихомониаза;
- 3) гонореи;
- 4) бактериального вагиноза.

4. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ КИСЛОТНОСТИ В ЩЕЛОЧНУЮ СТОРОНУ ОТ 4,5 ДО 7,5 ПРИ ИЗМЕРЕНИИ рН ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) вульвовагинального кандидоза;
- 2) трихомониаза;
- 3) бактериального вагиноза;
- 4) аэробного вагинита;

ОПК-5

5. АМИНОВЫЙ ТЕСТ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ:

- 1) урогенитального трихомониаза;
- 2) неспецифического вагинита;
- 3) бактериального вагиноза;
- 4) гонореи.

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ХАРАКТЕРО ОБНАРУЖЕНИЕ В НАТИВНЫХ ПРЕПАРАТАХ:

- 1) «ключевых» клеток;
- 2) лейкоцитов;
- 3) кокков;
- 4) слизи.

7. СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА С ДОМИНИРОВАНИЕМ ЛАКТОБАЦИЛЛ, ОТСУТСТВИЕМ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ, ПСЕВДОМИЦЕЛИЯ, ЛЕЙКОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) дисбиоза влагалища;
- 2) нормоценоза;
- 3) вагинита;
- 4) промежуточного типа.

8. СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ИЛИ ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЛАКТОБАЦИЛЛ, ОБИЛЬНОЙ ПОЛИМОРФНОЙ МИКРОФЛОРОЙ, «КЛЮЧЕВЫМИ» КЛЕТКАМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) вагинита;
- 2) нормоценоза;
- 3) дисбиоза влагалища;
- 4) промежуточного типа.

9. СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ЛЕЙКОЦИТОВ, ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) вагинита;
- 2) дисбиоза влагалища;
- 3) промежуточного типа;
- 4) нормоценоза.

ОПК-6

10. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) метронидазола;
- 2) амоксиклава;
- 3) джозамицина;
- 4) мирамистина.

11. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) преднизолона;
- 2) клиндамицина;
- 3) лактобактерий;
- 4) флуконазола.

12. ВТОРОЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:

- 1) антибиотиков;
- 2) топических антисептиков;
- 3) пробиотиков;

4) глюкокортикостероидов.

ОПК-7

13. МЕТРОНИДАЗОЛ РАЗРЕШЕН БЕРЕМЕННЫМ С:

- 1) 14 недель;
- 2) 5 недель;
- 3) 12 недель;
- 4) 9 недель.

14. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ В I ТРИМЕСТРЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) метронидазола;
- 2) хлоргексидина;
- 3) клиндамицина;
- 4) флуконазола.

ОПК-8

15. ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ВУЛЬВЫ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА, ВЫЗВАННОЙ ГРИБАМИ РОДА CANDIDA НАЗЫВАЮТ:

- 1) бактериальный вагиноз;
- 2) урогенитальный трихомониаз;
- 3) хламидиоз;
- 4) вульвовагинальный кандидоз.

16. ВЫДЕЛЕНИЯ ТВОРОЖИСТОГО ХАРАКТЕРА, ЗУД И ЖЖЕНИЕ В ОБЛАСТИ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ:

- 1) трихомониаза;
- 2) вульвовагинального кандидоза;
- 3) бактериального вагиноза;
- 4) аэробного вагинита.

ОПК-9

17. ОСЛОЖНЕННЫЙ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- 1) три обострения в течение 6 месяцев;
- 2) два обострения в течение 12 месяцев;
- 3) не менее четырех обострений в течение 12 месяцев;
- 4) одно обострение в течение 6 месяцев.

ОПК-10

18. ПОКАЗАНИЕМ К ТЕРАПИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) клиническая картина и положительные результаты лабораторных исследований;
- 2) клиническая картина;
- 3) обнаружение Candidaspp. в нативных мазках;
- 4) обнаружение Clamidiatrahomatis методом ПЦР.

ПК-1

19. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧАТЬ:

- 1) флуконазол 150 мг внутрь однократно;
- 2) метронидазол по 500 мг 2 раза в день внутрь в течение 7 дней;
- 3) клиндамицин 2% вагинально на ночь в течение 7 дней;
- 4) тинидазол 1 г внутрь 1 раз в день в течение 5 дней.

20. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧАТЬ:

- 1) флуконазол 150 мг внутрь 1 раз в неделю в течение 6 месяцев;
- 2) полиеновые антимикотики интравагинально 1 раз в день, 3-6 месяцев;
- 3) клиндамицин 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней;
- 4) флуконазол 150 мг внутрь 3 дозы с интервалом 72 часа.

21. С ЦЕЛЬЮ, ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧАТЬ:

- 1) флуконазол 150 мг внутрь 3 дозы с интервалом 72 часа;
- 2) клотримазол 1% крем интравагинально ежедневно в течение 7-14 дней;
- 3) флуконазол 150 мг внутрь 1 раз в неделю в течение 6 месяцев;
- 4) миконазол 4% крем интравагинально ежедневно в течение 3 дней.

22. С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В СЛУЧАЕ *C. non-albicans* РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧАТЬ:

- 1) нитимицин 100 мг вагинально 1 раз в день;
- 2) тинидазол 1 г внутрь 1 раз в день в течение 5 дней;
- 3) флуконазол 150 мг внутрь 1 раз в неделю в течение 6 месяцев;
- 4) метронидазол по 500 мг 2 раза в день внутрь в течение 7 дней.

ПК-2

23. ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ АКТИВАЦИИ И ВОЗДЕЙСТВИИ НА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ АЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ НАЗЫВАЮТ:

- 1) вульвовагинальным кандидозом;
- 2) неспецифическим вагинитом;
- 3) бактериальным вагинозом;
- 4) трихомониазом.

24. ОБИЛЬНЫЕ ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ С ГНИЛОСТНЫМ ЗАПАХОМ, ГИПЕРЕМИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- 1) аэробного вагинита;
- 2) урогенитального трихомониаза;
- 3) вульвовагинального кандидоза;
- 4) бактериального вагиноза.

25. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ КИСЛОТНОСТИ В ЩЕЛОЧНУЮ СТОРОНУ ОТ 6 ДО 7,5 ПРИ ИЗМЕРЕНИИ рН ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) урогенитального трихомониаза;
- 2) вульвовагинального кандидоза;
- 3) бактериального вагиноза;
- 4) аэробного вагинита.

ПК-3

26. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ВЫЗЫВАЕМОЕ *Trichomonas vaginalis* И ПЕРЕДАВАЕМОЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) урогенитальный трихомониаз;
- 2) вульвовагинальный кандидоз;
- 3) бактериальный вагиноз;
- 4) аэробный вагинит.

27. К ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАЮЩИМСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ОТНОСИТЬСЯ:

- 1) бактериальный вагиноз;
- 2) неспецифический вагинит;
- 3) трихомониаз;
- 4) кандидозный вагинит.

ПК-4

28. ОБИЛЬНЫЕ «ПЕНИСТЫЕ» СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- 1) урогенитального трихомониаза;
- 2) вульвовагинального кандидоза;
- 3) бактериального вагиноза;
- 4) аэробного вагинита.

29. СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРИХОМОНОЗА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) «клубничная» шейка матки;
- 2) твердый шанкр;
- 3) эрозия шейки матки;
- 4) регионарный лимфаденит.

30. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧИТЬ:

- 1) метронидазол по 500 мг 2 раза в день внутрь в течение 5-7 дней;
- 2) нитимицин 100 мг вагинально 1 раз в день;
- 3) флуконазол 150 мг внутрь 3 дозы с интервалом 72 часа;
- 4) клиндамицин 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 7 дней.

ПК-5

31. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧИТЬ:

- 1) тинидазол 2 г 1 раз внутрь;
- 2) хлоргексидин 100 мг вагинально 1 раз в день;
- 3) флуконазол 150 мг внутрь 3 дозы с интервалом 24 часа;
- 4) клиндамицин 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 3 дней.

32. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА У БЕРЕМЕННЫХ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- 1) хлоргексидина 100 мг вагинально однократно.
- 2) метронидазола по 500 мг 2 раза в день внутрь в течение 5-7 дней;
- 3) тинидазола 2 г 1 раз внутрь;
- 4) метронидазола 2 г внутрь однократно;

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	4	3	3	1	2	3	1	1
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	3	1	2	4	2	3	1	1	4
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
3	1	2	1	4	1	3	1	1	1
31	32								
1	4								

РАЗДЕЛ 11 Оперативная гинекология ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ОПК-4

1. МИОМА МАТКИ – ЭТО

- 1) Злокачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия
- 2) Доброкачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия
- 3) Доброкачественная пролиферирующая опухоль
- 4) Злокачественная пролиферирующая опухоль

2. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ ОТНОСЯТ

- 1) Поздние менархе
- 2) Высокий паритет родов
- 3) Ожирение
- 4) Отсутствие абортов в анамнезе

3. ОСНОВНЫМИ СТИМУЛЯТОРАМИ РОСТА МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Гестагены
- 2) Андрогены
- 3) Эстрогены
- 4) Глюкокортикоиды

ОПК-5

4. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ОПУХОЛИ – МИОМЫ МАТКИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ТЕЛЕ МАТКИ

- 1) 5%
- 2) 20%
- 3) 70%
- 4) 95%

5. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ОПУХОЛИ – МИОМЫ МАТКИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ШЕЙКЕ МАТКИ

- 1) 5%
- 2) 20%
- 3) 70%
- 4) 95%

ОПК-6

6. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА УЗЛОВ МИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) Одиночные, множественные
- 2) Причудливая
- 3) Атипичная
- 4) Еденичная

7. ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ 0 ТИП УЗЛА

- 1) Узлы на ножке без интрамурального компонента
- 2) Широкое основание узла с интрамуральным компонентом менее 50%
- 3) Узел с интрамуральным компонентом более 50%
- 4) Не один из перечисленных

8. ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ 1 ТИП УЗЛА

- 1) Узлы на ножке без интрамурального компонента
- 2) Широкое основание узла с интрамуральным компонентом менее 50%
- 3) Узел с интрамуральным компонентом более 50%
- 4) Не один из перечисленных

9. ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ 2 ТИП УЗЛА

- 1) Узлы на ножке без интрамурального компонента
- 2) Широкое основание узла с интрамуральным компонентом менее 50%
- 3) Узел с интрамуральным компонентом более 50%
- 4) Не один из перечисленных

ОПК-7

10. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ УЗЛА В ОБЛАСТИ ПЕРЕШЕЙКА КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Боли при половом контакте
- 2) Нарушение мочеиспускания
- 3) Нарушение при акте дефекации
- 4) Обильные менструации

11. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ УЗЛА ПО ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ МАТКИ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Боли при половом контакте
- 2) Нарушение мочеиспускания
- 3) Ноющая боль в крестце и пояснице
- 4) Обильные менструации

12. ПРИ МЕЖМЫШЕЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ УЗЛА КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Боли при половом контакте
- 2) Нарушение мочеиспускания
- 3) Ноющая боль в крестце и пояснице
- 4) Обильные менструации

13. ОБИЛЬНЫЕ МЕНСТРУАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ МИОМЕ МАТКЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1) Размером узла
- 2) Нарушением сократительной способности матки
- 3) Некрозом узла
- 4) Сдавлением соседних органов

ОПК-8

14. НЕ СУЩЕСТВУЕТ ПОНЯТИЯ «КЛИНИЧЕСКИ НЕ ЗНАЧИМЫЙ РАЗМЕР» ДЛЯ МИОМЫ

- 1) Интерстициальной
- 2) Субсерозной
- 3) Субмукозной
- 4) Не пролиферирующей

15. ДЛЯ СУБСЕРОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ НА НОЖКЕ И ЕЕ ПЕРЕКРУТЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) Тянущие боли внизу живота
- 2) Картина острого живота
- 3) Обильные менструации
- 4) Учащенное мочеиспускание

16. РИСК УГРОЗЫ МАЛИГНИЗАЦИИ МИОМЫ МАТКИ В МЕНОПАУЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) Отсутствием регресса в течение 1-2 года постменопаузы
- 2) Уменьшение М-эхо менее 5 мм
- 3) Ранняя менопауза
- 4) Не один ответ не верен

ОПК-9

17. ЭНДОМЕТРИЙ ПО ДАННЫМ УЗИ СООТВЕТСТВУЕМ МЕНОПАУЗЕ

- 1) М-эхо 3-4 мм
- 2) М-эхо 5-6 мм
- 3) М-эхо 7-8 мм
- 4) М-эхо 10 мм

18. ПРИ УЗИ МИОМЫ МАТКИ РАЗМЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК МАЛЫЕ

- 1) менее 2 см
- 2) от 2 до – 6,9 см
- 3) от 7 до 10 см
- 4) более 10 см

19. ПРИ УЗИ МИОМЫ МАТКИ РАЗМЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК СРЕДНИЕ

- 1) менее 2 см
- 2) от 2 до – 6,9 см
- 3) от 7 до 10 см
- 4) более 10 см

20. ПРИ УЗИ МИОМЫ МАТКИ РАЗМЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК БОЛЬШИЕ

- 1) менее 2 см
- 2) от 2 до – 6,9 см

- 3) от 7 до 10 см
- 4) более 10 см

21. ПРИ УЗИ МИОМЫ МАТКИ РАЗМЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК ГИГАНСКИЕ

- 1) менее 2 см
- 2) от 2 до – 6,9 см
- 3) от 7 до 10 см
- 4) более 10 см

ОПК-10

22. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Обильные менструации, приводящие к анемии
- 2) Адекватное функционирование соседних с маткой органов
- 3) Большой размер матки (более 7 недель)
- 4) Медленный рост узла

23. БЫСТРЫЙ РОСТ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ЭТО

- 1) Рост узла более 2 недель в год
- 2) Рост узла более 4 недель в год
- 3) Матка более 11 недель
- 4) Ни чего из перечисленного

24. ПОКАЗАНИЕМ К МИОМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) Подслизистое расположение узла
- 2) Нарушение репродуктивной функции
- 3) Бесплодие при отсутствии других причин
- 4) Рост опухоли в менопаузе

ПК-1

25. ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА – ТОТАЛЬНАЯ ИЛИ СУБТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) Наличием аденомиоза
- 2) Состоянием шейки матки
- 3) Состоянием яичников
- 4) Анемией

26. НАИЛУЧШИЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАТКИ

- 1) Лапаротомия
- 2) Лапароскопия
- 3) Влагалищный
- 4) Не один из перечисленных

27. РИСК РЕЦИДИВА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10%
- 2) 27%
- 3) 34%

4) 45%

28. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Противопоказания к медикаментозному вмешательству
- 2) Лечение бесплодия
- 3) Категорический согласие на хирургическое лечения
- 4) Остановка кровотечения в послеродовом периоде

29. УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ ИМЕЕТ

- 1) Уровень 1
- 2) Уровень 2
- 3) Уровень В
- 4) Уровень С

30. ПОКАЗАНИЕМ К ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Безсимптомная миома матки
- 2) Симптомная миома матки
- 3) Беременность
- 4) Воспалительные заболевания

ПК-2

31. ТРАНЕКСАМОВАЯ КИСЛОТА ПРИ МИОМЕ МАТКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) Циклического лечения аномальных маточных кровотечений
- 2) Уменьшения объема кровопотери
- 3) Снятия болевого синдрома
- 4) Блокирования стероидных рецепторов

32. ВНУТРИМАТОЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Прогестинами
- 2) НПВС
- 3) ВМС – ЛНГ
- 4) другими ВМС

33. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30%
- 4) 40%

34. КАК ЧАСТО МИОМА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ЕДИНСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ

- 1) 10-15%
- 2) 5-10%
- 3) 15-20%
- 4) 20-25%

35. СПОНТАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ У

- 1) 20%
- 2) 35%
- 3) 42%
- 4) 50%

ПК-3

36. ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Деформация шейки матки и цервикального канала
- 2) Уменьшение площади полости матки
- 3) Нарушение анатомии малого таза
- 4) Снижение провоспалительных цитокинов

37. ДО НАЧАЛА ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ СУБМУКОЗНАЯ МИОМА МАТКИ

- 1) Не удаляется
- 2) Удаляется
- 3) При наличии показаний
- 4) Не имеет значение

38. СУБМУКОЗНАЯ МИОМА МАТКИ УВЕЛИЧИВАЕТ ЧАСТОТУ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

- 1) В 2 раза
- 2) В 3 раза
- 3) В 4 раза
- 4) В 5 раз

39. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ УДАЛЯЕТСЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ МИОМА МАТКИ ПРИ РАЗМЕРЕ

- 1) Менее 5 см
- 2) Более 5 см
- 3) Размер не определяет необходимость удаления узла
- 4) Не имеет значение

40. ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГРАММАХ ЭКО ПРИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЕ МАТКИ СНИЖАЕТСЯ

- 1) В 2 раза
- 2) В 3 раза
- 3) В 4 раза
- 4) Не снижается

41. ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОГРАММАХ ЭКО ПРИ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ МИОМЕ МАТКИ СНИЖАЕТСЯ

- 1) В 2 раза
- 2) В 3 раза
- 3) В 4 раза
- 4) Не снижается

ПК-4

42. ОПЕРАТИВНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ ПОКАЗАНО ПРИ

1) Миомэктомии по задней стенке матки, миомэктомии с проникновением в полость матки

- 2) Миомэктомии по передней стенке
- 3) Миомэктомия в области рубца на матке
- 4) Миомэктомия в дне

43. ПРИ МИОМЕ МАТКЕ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) Кровотечение
- 2) Плацентарная недостаточность
- 3) Преэклампсия
- 4) Гипотрофия плода

44. ПРИ МИОМЕ МАТКЕ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) Кровотечение
- 2) Плацентарная недостаточность
- 3) Неправильное положение плода
- 4) Гипотрофия плода

45. ПРИ МИОМЕ МАТКЕ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) Кровотечение
- 2) Гипоплазия хориона
- 3) Неразвивающаяся беременность
- 4) Гипотрофия плода

46. ПОКАЗАНИЕМ К МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Ущемление опухоли в малом тазу
- 2) Наличие ножки узла
- 3) Хорошее кровоснабжение узла
- 4) Миома матки, приходящаяся на область разреза в нижнем сегменте

47. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ДЛЯ МИОМЭКТОМИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 12-14 недель
- 2) 15-19 недель
- 3) 7-9 недель
- 4) Срок не имеет значение

48. ДОСТУП ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) Лапароскопия
- 2) Лапаротомия
- 3) Влагалищный
- 4) Не имеет значение

49. УЗИ ПЛОДА ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Во время операции
- 2) Сразу после операции
- 3) Через 3 часа после операции
- 4) Через сутки после операции

50. У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЕЕ 5 СМ УЗИ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

- 1) Каждые 4 недели
- 2) Каждые 8 недель
- 3) Только скрининговое УЗИ
- 4) Каждые 10 недель

51. ГДЕ ПРОВОДЯТ РОДРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЕЕ 5 НЕДЕЛЬ

- 1) ЛПУ 1 уровня
- 2) ЛПУ 2 уровня
- 3) ЛПУ 3 уровня
- 4) Не имеет значение

Эталоны ответов

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

Раздел 12 Новообразования женских половых органов и молочных желез ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ОПК-4

1. ПРИЧИНОЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) вирус Эпштейна-Барр
- 2) стафилококк
- 3) клебсиела
- 4) вирус папилломы человека

2. ОСНОВНЫМ СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) бимануальное исследование
- 2) цитологическое исследование мазков по Папаниколау
- 3) кольпоскопия

4) УЗИ органов малого таза

3. ДИАГНОЗ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) результатов гистологического исследования
- 2) компьютерной томографии малого таза
- 3) цистоскопии
- 4) физикального исследования

ОПК-5

4. ПРИ 1 СТАДИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) опухоль распространилась за пределы матки, без перехода на стенки таза и поражения нижней трети влагалища
- 2) опухоль ограничена маткой (распространение на тело матки не учитывается)
- 3) опухоль, вовлекающая стенки таза или нижнюю треть влагалища, а также все случаи рака шейки матки с гидронефрозом и нефункционирующей почкой
- 4) опухоль, распространившаяся за пределы таза или прорастающая слизистую мочевого пузыря или прямой кишки

5. ПРИ 3 СТАДИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) опухоль распространилась за пределы матки, без перехода на стенки таза и поражения нижней трети влагалища
- 2) опухоль ограничена маткой (распространение на тело матки не учитывается)
- 3) опухоль, вовлекающая стенки таза или нижнюю треть влагалища, а также все случаи рака шейки матки с гидронефрозом и нефункционирующей почкой
- 4) опухоль, распространившаяся за пределы таза или прорастающая слизистую мочевого пузыря или прямой кишки

6. ГИДРОНЕФРОЗ И НЕФУНКЦИОНИРУЮЩАЯ ПОЧКА ДИАГНОСТИРУЮТСЯ В СТАДИЮ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

ОПК-6

7. КАКОЙ ВИД РАКА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) аденокарцинома
- 2) низкодифференцированный рак
- 3) плоскоклеточный рак
- 4) дисплазия железистого эпителия

8. ДИАГНОСТИКА МИКРОИНВАЗИВНОЙ КАРЦИНОМЫ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- 1) биопсии шейки матки
- 2) цитологическом исследовании
- 3) биопсии и конизации шейки матки
- 4) УЗИ органов малого таза

9. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ (СТАДИЯ 1A1) ПРИ ГЛУБИНЕ ИНВАЗИИ:

- 1) менее 3 мм.
- 2) менее 1 мм.
- 3) более 5 мм.
- 4) менее 2 мм.

10. ИНВАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ СТАДИИ 1A2:

- 1) менее 3мм.
- 2) более 3мм. и менее 5 мм.
- 3) более 7 мм.
- 4) более 8 мм.

ОПК-7

11. АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ 1A1 СТАДИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ (ИНВАЗИЯ ≤ 3 ММ, ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ≤ 7 ММ) ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) конизация шейки матки с последующим выскабливанием оставшейся части цервикального канала
- 2) расширенная экстирпация матки
- 3) поясничная лимфодиссекция
- 4) Трахелэктомия

12. ЛЕЧЕНИЕМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ СТАДИИ 1A2 (ИНВАЗИЯ > 3 ММ И < 5 ММ, ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ≤ 7 ММ) НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Расширенная экстирпация матки
- 2) При противопоказаниях к хирургическому лечению может проводиться лучевая терапия
- 3) При противопоказаниях к хирургическому лечению может проводиться химиотерапия
- 4) При необходимости сохранить репродуктивную функцию – широкая конизация шейки матки с лапароскопической тазовой лимфаденэктомией, либо расширенная трахелэктомия

13. ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ 1B2 И 1A2 СТАДИЯХ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ(ОПУХОЛЬ > 4 СМ, ПАРАМЕТРИИ НЕ ВОВЛЕЧЕНЫ) ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) расширенная экстирпация матки с поясничной лимфодиссекцией
- 2) поясничная лимфодиссекция
- 3) конизация шейки матки с последующим выскабливанием оставшейся части цервикального канала
- 4) трахелэктомия

14. ЛЕЧЕНИЕ IV В СТАДИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) лучевая терапия
- 2) расширенная экстирпация матки
- 3) системная химиотерапия
- 4) тотальная экзентерация малого таза

15. ОПЕРАЦИЯ ТОТАЛЬНАЯ ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

- 1) тотальную расширенную гистерэктомию с лимфоаденэктомией

- 2) удаление матки, влагалища и прямой кишки
- 3) удаление мочевого пузыря, матки, влагалища
- 4) удаление мочевого пузыря, матки, влагалища и прямой кишки

16. ОПЕРАЦИЯ ТОТАЛЬНАЯ ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) 1A2 стадии
- 2) 11B стадии
- 3) 111A стадии
- 4) 1У А стадии

ОПК-8

17. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ:

- 1) 10-15 дней
- 2) 15-20 дней
- 3) 21-28 дней
- 4) 30-35 дней

18. ПАЦИЕНТКАМ С РЕЦИДИВОМ В МАЛОМ ТАЗУ (БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ) ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ, КОТОРЫМ РАНЕЕ НЕ ПРОВОДИЛАСЬ ЛАПАРОТОМИЯ, ВОЗМОЖНА:

- 1) химиолучевая терапия и экзентерация малого таза
- 2) системная химиотерапия
- 3) симптоматическая терапия
- 4) монотерапия цисплатином

ОПК-9

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ТЕЛА МАТКИ:

- 1) аденокарцинома
- 2) плоскоклеточный рак
- 3) хорионкарцинома
- 4) недифференцированный рак

20. ДЛЯ 1 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ОПУХОЛИ РТМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) гиперпрогестеронемия
- 2) гиперэстрогения
- 3) высокая дифференцировка
- 4) на фоне предшествующей гиперплазии эндометрия

21. В МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ТЕЛА МАТКИ НЕ ВХОДИТ:

- 1) гистероскопия
- 2) ПЦР исследование на вирус папилломы человека
- 3) раздельное диагностическое выскабливание матки
- 4) УЗИ малого таза
- 5)

22. БОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ ГЛУБИНУ ИНВАЗИИ ОПУХОЛИ РТМ

ПОЗВОЛЯЕТ:

- 1) УЗИ малого таза
- 2) компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) метросальпингография

23. ДИАГНОЗ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) УЗИ малого таза
- 2) раздельного диагностического выскабливания матки с гистероскопией и визуальной оценкой соскоба:
- 3) магнитно-резонансной томографии
- 4) гистологического заключения

ОПК-10

24. ДЛЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ СТАДИИ T1AN0M0, 1A ХАРАКТЕРНО:

- 1) опухоль в пределах эндометрия или опухоль с инвазией менее половины толщины миометрия
- 2) опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
- 3) опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
- 4) прорастание серозной оболочки, поражение маточных труб или яичников

25. ДЛЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ СТАДИИ T1BN0M0, 1B ХАРАКТЕРНО:

- 1) опухоль в пределах эндометрия или опухоль с инвазией менее половины толщины миометрия
- 2) опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
- 3) опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
- 4) прорастание серозной оболочки, поражение маточных труб или яичников

26. ДЛЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ СТАДИИ T2N0M0, II ХАРАКТЕРНО:

- 1) опухоль в пределах эндометрия или опухоль с инвазией менее половины толщины миометрия
- 2) опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
- 3) опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
- 4) прорастание серозной оболочки, поражение маточных труб или яичников

27. ДЛЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ СТАДИИ T3AN0M0, IIIA ХАРАКТЕРНО:

- 1) поражение влагалища или параметриев
- 2) опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
- 3) опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
- 4) прорастание серозной оболочки, поражение маточных труб или яичников

28. ДЛЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ СТАДИИ T3BN0M0, IIIB ХАРАКТЕРНО:

- 1) поражение влагалища или параметриев
- 2) опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
- 3) опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
- 4) прорастание серозной оболочки, поражение маточных труб или яичников

29. ПРИ РТМ ПРОРАСТАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ БЫВАЕТ ПРИ СТАДИИ:

- 1) T2

- 2) T1b
- 3) T4
- 4) T3b

ПК-1

30. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ РАКА ТЕЛА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) повышение температуры тела
- 2) аномальное маточное кровотечение
- 3) частое мочеиспускание
- 4) аменорея

31. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ НЕЗАВИСИМО ОТ СТАДИИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

- 1) лучевой
- 2) хирургический
- 3) химиотерапию
- 4) радиоволновую терапию

32. ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ I СТАДИИ:

- 1) тазовая лимфаденэктомия и адьювантная лучевая терапия
- 2) экстрафасциальная экстирпация матки с придатками возможно с тазовой лимфаденэктомией, при риске лимфогенного метастазирования с последующей адьювантной лучевой терапией
- 3) субтотальная гистерэктомия с придатками возможно с тазовой лимфаденэктомией, при риске лимфогенного метастазирования с последующей адьювантной лучевой терапией
- 4) при риске лимфогенного метастазирования адьювантная лучевая терапия с последующей экстрафасциальной экстирпацией матки с придатками возможно с тазовой лимфаденэктомией

33. ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ II СТАДИИ:

- 1) тазовая и поясничная лимфаденэктомия и адьювантная лучевая терапия
- 2) экстрафасциальная экстирпация матки с придатками (возможно расширенная) с тазовой и поясничной лимфаденэктомией, с последующей адьювантной лучевой терапией
- 3) субтотальная гистерэктомия с придатками возможно с тазовой лимфаденэктомией, при риске лимфогенного метастазирования с последующей адьювантной лучевой терапией
- 4) адьювантная лучевая терапия с последующей экстрафасциальной экстирпацией матки с придатками возможно с тазовой лимфаденэктомией

34. НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РАКОМ ТЕЛА МАТКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) каждые 6 месяцев в течение 5 лет
- 2) один раз в год
- 3) каждые 3 месяца в течение 2-х лет, затем один раз в год
- 4) каждые 3 месяца в течение 3-х лет, затем каждые 6 месяцев в течение 2-х лет

35. ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ III СТАДИИ:

- 1) сочетанная лучевая терапия
- 2) несколько курсов химиотерапии
- 3) комбинированная или комплексная терапия (1 этап хирургическое лечение – циторедукция)
- 4) хирургическое лечение

ПК-2

36. ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ В СОСТАВЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ГОРМОНЫ:

- 1) эстрогены
- 2) гестагены
- 3) пролактин
- 4) адреналин

37. МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ:

- 1) КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием;
- 2) генетическое консультирование при наличии опухолевых заболеваний в семейном анамнезе (рак яичников, молочной железы);
- 3) маммография у женщин старше 40 лет;
- 4) УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства.

38. ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ:

- 1) КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием
- 2) исследование онкомаркеров: СА125, АФП и ВХГЧ у женщин до 40 лет;
- 3) ФГДС и колоноскопия;
- 4) рентгенография органов грудной клетки.

39. КРИТЕРИИ РАКА ЯИЧНИКОВ M1 (IV) СТАДИИ ПО TNM И СТАДИЯМ FIGO:

- 1) метастазы в капсулу печени;
- 2) отсутствие опухолевых клеток в плевральной полости;
- 3) внутрибрюшинные метастазы;
- 4) метастазы в паренхиму печени.

40. КРИТЕРИИ РАКА ЯИЧНИКОВ 1 А СТАДИИ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ СОХРАНЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ:

- 1) опухоль ограничена одним яичником без прорастания капсулы;
- 2) повреждена капсула опухоли яичника;
- 3) имеется разрастание на поверхности капсулы опухоли;
- 4) обнаружены злокачественные клетки в асцитической жидкости.

ПК-3

41. НЕ ПРОВОДИТСЯ АДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ В СЛУЧАЯХ:

- 1) стадия 1А, 1В, высокодифференцированная опухоль G1 несветлоклеточного гистологического типа;
- 2) стадии 1С,
- 3) светлоклеточной карциномы;
- 4) средней степени дифференцировки опухоли G2.

42. ПОКАЗАНИЯ К АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ:

- 1) 1А, 1В стадии со степенью дифференцировки опухоли G1, несветлоклеточный гистологический тип;

- 2) 1A, 1B стадии серозного рака со степенью дифференцировки опухоли G1;
- 3) 1A стадия, G1 у молодых женщин, желающих сохранить фертильность;
- 4) все больные раком яичников 1С-IV стадии.

43. ПРИОРИТЕТНОСТЬ В АЛГОРИТМЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ:

- 1) УЗИ/КТ брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки;
- 2) СА 125;
- 3) физикальное исследование, жалобы, гинекологический осмотр;
- 4) правильно 2, 3.

ПК-4

44. ОПТИМАЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ 1 ЛИНИИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКОВ ЯИЧНИКОВ:

- 1) монотерапия препаратами платины (карбоплатин);
- 2) полихимиотерапия (цисплатин) и токсаны (паклитаксел);
- 3) комбинация препаратов платины с циклофосфаном;
- 4) внутрибрюшная химиотерапия (таксаны и препараты платины).

45. КРИТЕРИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ:

- 1) клинически или радиологически подтвержденное прогрессирование
- 2) рост СА 125 в 2 раза выше верхней границы нормы при повторном исследовании с интервалом в одну неделю;
- 3) рост СА 125 в 2 раза выше наименьшего значения при повторном исследовании с интервалом в одну неделю;
- 4) наличие любого критерия.

46. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКА – ХИМИОТЕРАПИЯ ВТОРОЙ ЛИНИИ:

- 1) рост СА 125;
- 2) УЗИ и радиологические подтверждения прогрессирования опухолевого процесса;
- 3) рост очагов рака яичников при влагалищном исследовании и наличии жалоб со стороны больной;
- 4) все ответы правильные.

47. АЛГОРИТМ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ ПРИОРИТЕТНЫМ СЧИТАЕТ:

- 1) углубленное обследование УЗИ/КТ брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки;
- 2) СА 125;
- 3) оценка жалоб больной и гинекологический осмотр;
- 4) правильный ответ 2, 3.

ПК-5

48. ВЫБОР РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ ВТОРОЙ ЛИНИИ ОБОСНОВАН:

- 1) гистологической структурой опухоли;
- 2) стадией заболевания;
- 3) достигнутая степень лечебного патоморфоза;
- 4) длительность бесплатинового интервала.

49. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ ВОЗМОЖНО В СЛУЧАЯХ:

- 1) наличие остаточной химиорезистентной опухоли в малом тазу или забрюшинном пространстве;
- 2) отсутствие перспективы лекарственной химиотерапии;
- 3) при светлоклеточном и муцинозном подтипе рака яичников с низкой эффективностью к химиотерапии;
- 4) как паллиативного метода на прогрессирующие резистентные очаги опухоли.

50. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ ПРИМЕНЯЮТ НА СТАДИЯХ:

- 1) I-II стадии;
- 2) III стадия;
- 3) IV стадия;
- 4) все стадии.

ПК-6

47. АЛГОРИТМ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ ПРИОРИТЕТНЫМ СЧИТАЕТ:

- 1) углубленное обследование УЗИ/КТ брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки;
- 2) СА 125;
- 3) оценка жалоб больной и гинекологический осмотр;
- 4) правильный ответ 2, 3.

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	2	1	2	3	3	3	3	1	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	1	3	4	4	3	1	1	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	3	4	1	2	3	4	1	3	2
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
2	2	2	4	3	2	4	1	4	1
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	4	4	2	4	3	4	4	3	4

РАЗДЕЛ 13 Острый живот в гинекологии

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

ОПК 4

1. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ:

- 1) Имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости).
- 2) Это патология трофобласта, при которой ворсинки наружной зародышевой оболочки (хориона) перерождаются в цисты — огромное количество маленьких пузырьков, наполненных жидкостью и занимающих постепенно всю полость матки.

3) Неотложное состояние в гинекологии, характеризующееся внезапным нарушением целостности (разрывом) тканей яичника.

4) Инфекционное воспаление фаллопиевых (маточных) труб.

2. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: 1) 0,1-0,7%

2) 0,3-0,4%

3) 98-99%

4) 45-50%

3. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯИЧНИКОВОЙ ФОРМЫ БЕРЕМЕННОСТИ:

1) 0,1-0,7%

2) 0,3-0,4%

3) 98-99%

4) 45-50%

4. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ ФОРМЫ БЕРЕМЕННОСТИ:

1) 0,1-0,4%

2) 0,3-0,4%

3) 98-99%

4) 45-50%

5. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРЮШНОЙ ФОРМЫ БЕРЕМЕННОСТИ

1) 0,1-0,4%

2) 0,3-0,4%

3) 98-99%

4) 45-50%

ОПК 5

6. БЕРЕМЕННОСТЬ НЕИЗВЕСТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭТО?

1) Состояние, при котором уровень β -ХГЧ составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке вне её полости при трансвагинальном УЗИ не визуализируется.

2) Плодный мешок с отсутствием эмбриона и минимальным числом структур

3) Плодное яйцо не визуализируется при сканировании

4) Отсутствие сердечной деятельности при сроке беременности более 12 недель

7. ПО ТЕЧЕНИЮ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ДЕЛИТСЯ:

1) Прогрессирующая, регрессирующая

2) Прерывание по типу трубного аборта

3) Прерывание по типу разрыва трубы

4) Прогрессирующая, нарушенная

8. ПО НАЛИЧИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ДЕЛИТСЯ:

1) Осложненная, не осложненная

2) Инфицированная, не инфицированная

3) Инфицированная, не осложненная

4) Осложненная, не инфицированная

ОПК-6

9. ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

1) Ожирение

- 2) Приём КОК
- 3) Стерилизация
- 4) Воспалительные заболевания органов ЖКТ

10. **ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:**

- 1) Предыдущая потеря беременности на раннем сроке
- 2) Операция на маточных трубах
- 3) Возраст матери менее 20 лет
- 4) Наркомания

ОПК-7

11. **КРИТЕРИИ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРЫХ ВРАЧУ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ:**

- 1) Содержание β -ХГЧ в сыворотке крови 500-1000 МЕ/л, абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.
- 2) Содержание β -ХГЧ в сыворотке крови 1000-1500 МЕ/л, при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется
- 3) Содержание β -ХГЧ в сыворотке крови 1500-2000 МЕ/л, при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется
- 4) Содержание β -ХГЧ в сыворотке крови 1000-2000 МЕ/л, при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется, абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.

12. **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:**

- 1) Тянущие боли внизу живота и поясничной области, скудные кровяные выделения из половых путей
- 2) Клиника «острого живота»; боли внизу живота на фоне нарушений менструального цикла- после задержки менструации- мажущие кровянистые выделения.
- 3) Боли внизу живота, сопровождающиеся лихорадкой, ознобом, недомоганием
- 4) Схваткообразные боли внизу живота

ОПК-8

13. **В НОРМЕ ПРИРОСТ В-ХГЧ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:**

- 1) Каждые 12 часов
- 2) Каждые 24 часа
- 3) Каждые 48 часов
- 4) Каждые 36 часов

14. **ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ УРОВНЯ В-ХГЧ И РЕЗУЛЬТАТОВ УЗИ У КЛИНИЧЕСКИ СТАБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОК: В-ХГЧ БОЛЕЕ 2000 ЕД/Л И УЗИ: В МАТКЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕТ, В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ОБНАРУЖЕНО. ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ДАЛЬНЕЙШЕГО ВЕДЕНИЯ.**

- 1) Высокая вероятность внематочной беременности
- 2) Повторить УЗИ и β -ХГЧ через 48-72 часа
- 3) Беременность не прогрессирует, обеспечить надлежащее обследование для уточнения диагноза.
- 4) Повторить β -ХГЧ через 48-72 часа

15. **МАРШРУТИЗАЦИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕМАТОЧНУЮ**

БЕРЕМЕННОСТЬ:

- 1) Рекомендуется женщине обратиться к гинекологу по месту жительства или ЖК.
- 2) Женщина должна быть госпитализирована бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.
- 3) Женщина самостоятельно должна обратиться в стационар хирургического профиля.
- 4) Никуда не обращаться.

ОПК-9

16. ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ЭТО:

- 1) Развитие беременности в рубце после кесарево сечения
- 2) Беременность неизвестной локализации
- 3) Сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочная локализация другого.
- 4) Имплантация оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки произошла, но развитие плода не начинается.

17. КЛАССИФИКАЦИЯ (МКБ 10), КОД АБДОМИНАЛЬНОЙ (БРЮШНОЙ) БЕРЕМЕННОСТИ?

- 1) O 00.1
- 2) O 00.2
- 3) O 00.0
- 4) O 00.8

18. КЛАССИФИКАЦИЯ (МКБ 10), КОД ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?

- 1) O 00.1
- 2) O 00.2
- 3) O 00.0
- 4) O 00.8

19. КЛАССИФИКАЦИЯ (МКБ 10), КОД ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?

- 1) O 00.1
- 2) O 00.2
- 3) O 00.0
- 4) O 00.8

20. КЛАССИФИКАЦИЯ (МКБ 10), КОД ДРУГИХ ФОРМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?

- 1) O 00.1
- 2) O 00.2
- 3) O 00.0
- 4) O 00.8

21. КЛАССИФИКАЦИЯ (МКБ 10), КОД ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕУТОЧНЁННОЙ?

- 1) O 00.1
- 2) O 00.2
- 3) O 00.0
- 4) O 00.9

ОПК-10

22. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) Хирургическое лечение
- 2) Комбинированное лечение
- 3) Консервативное лечение
- 4) Хирургическое лечение, консервативное лечение, комбинированное лечение.

ПК-1

23. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРИМЕНЯЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?

- 1) Любая форма нарушенной внематочной беременности, прогрессирующая абдоминальная беременность, яичниковая беременность, беременность в интерстициальном отделе маточной трубы, беременность в рудиментарном роге матки.
- 2) Непрогрессирующая беременность, уровень сывороточного β -ХГЧ 3000 МЕ/л
- 3) Уровень сывороточного β -ХГЧ менее 3000 МЕ/л и отсутствие его прироста
- 4) Уровень сывороточного β -ХГЧ менее 1500 МЕ/л и отсутствие маточной беременности

24. С КАКОЙ НОЗОЛОГИЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРЕРВАВШУЮСЯ ТРУБНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ?

- 1) Острый панкреатит
- 2) Мочекаменная болезнь
- 3) Апоплексия яичника
- 4) Эндометрит

ПК-2

25. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?

- 1) Метотрексат или метотрексат в сочетании с фолиевой кислотой
- 2) Простагландины
- 3) Винбластин
- 4) Метотрексат и простагландины

26. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) Наличие маточной беременности, хронические заболевания матки.
- 2) Неразорвавшаяся внематочная беременность с диаметром плодного яйца менее 35мм, без видимых по УЗИ сердцебиений; уровень сывороточного β -ХГЧ между 1500 и 5000 МЕ/л
- 3) Неразорвавшаяся внематочная беременность с диаметром плодного яйца менее 35мм, без видимых по УЗИ сердцебиений.
- 4) Низкий сывороточный β -ХГЧ, менее 1500 МЕ/л

27. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ NICE (2012Г) РЕКОМЕНДУЕТ МЕТОТРЕКСАТ ДЛЯ ЖЕНЩИН У КОТОРЫХ:

- 1) Неразорвавшаяся внематочная беременность с диаметром плодного яйца более 35мм; уровень сывороточного β -ХГЧ между 1500 и 5000 МЕ/л
- 2) Неразорвавшаяся внематочная беременность с диаметром плодного яйца менее 35мм, без видимых по УЗИ сердцебиений; уровень сывороточного β -ХГЧ между 1500 и 5000 МЕ/л
- 3) Внематочная беременность с диаметром плодного яйца 35мм, без видимых по УЗИ сердцебиений; уровень сывороточного β -ХГЧ между 1000 МЕ/л
- 4) Внематочная беременность с диаметром плодного яйца более 35мм, без видимых по

УЗИ сердцебиений; уровень сывороточного β -ХГЧ между 1500 и 5000 МЕ/л

28. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРИМЕНЯЮТ ВЫЖИДАТЕЛЬНУЮ ТАКТИКУ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?

- 1) При низком уровне β -ХГЧ менее 200 и отсутствие его прироста.
- 2) Когда уровень β -ХГЧ между 1500 и 5000 МЕ/л и отсутствие его прироста.
- 3) При уровне β -ХГЧ менее 2000 и отсутствие его прироста.
- 4) При уровне β -ХГЧ менее 1500 и отсутствие его прироста.

29. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА МЕТОТРЕКСАТА СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ RCOG (2016), В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ТЕРАПИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 100 мг/м² в/м
- 2) 25 мг/м² в/м
- 3) 50 мг/м² в/м
- 4) 150 мг/м² в/м

ПК-3

30. ОПРЕДЕЛИТЕ ДАЛЬНЕЙШУЮ ТАКТИКУ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА β -ХГЧ УМЕНЬШИТСЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 15% ЗА 4-7 ДНЕЙ:

- 1) Повторяют исследование β -ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/л
- 2) УЗИ и повторно метотрексат 50 мг/м², если есть признаки внематочной беременности.
- 3) Повторяют исследование β -ХГЧ каждые 48 часов до уровня менее 15 МЕ/л
- 4) Повторяют исследование β -ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 1500 МЕ/л

31. ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ САЛЬПИНГОТОМИЯ ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ С?

- 1) Повторной беременностью в трубе, ранее подвергавшейся консервативной операции по поводу трубной беременности.
- 2) Отсутствием разрыва стенки плодместилища; отсутствие гемморагического шока; необходимость сохранения репродуктивной функции.
- 3) Старой трубной беременностью.
- 4) Выраженными анатомическими изменениями беременной маточной трубы и сопутствующим спаечным процессом в малом тазу III—IV степени.

ПК-4

32. ПРИЗНАК «УСТОЙЧИВОГО» (ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО) ТРОФОБЛАСТА ПОСЛЕ САЛЬПИНГОТОМИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) В послеоперационном периоде отсутствует снижение уровня сывороточного β -ХГЧ или его концентрация выше 15МЕ/л и наличие активного трубного кровотока.
- 2) В послеоперационном периоде отсутствует снижение уровня сывороточного β -ХГЧ или его концентрация выше 3000 МЕ/л и наличие активного трубного кровотока.
- 3) В послеоперационном периоде отсутствует снижение уровня сывороточного β -ХГЧ или его концентрация выше 1500 МЕ/л.
- 4) В послеоперационном периоде β -ХГЧ выше 2000 МЕ/л и наличие активного трубного кровотока.

33. ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ ПОВТОРНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ

БЕРЕМЕННОСТИ В СОХРАННОЙ ТРУБЕ ПОСЛЕ САЛЬПИНГОТОМИИ В ПЕРВЫЙ ГОД:

- 1) 72,4%
- 2) 35%
- 3) 16%
- 4) 56,3%

ПК-5

34. ПРИ ОВАРИАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОБЪЁМ ОПЕРАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ?

- 1) В зависимости от локализации
- 2) В зависимости от деструктивных изменений
- 3) В зависимости от степени квалификации хирурга
- 4) Правильные ответы 1 и 2

35. ОБЪЁМ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОВАРИАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) Клиновидная резекция угла матки
- 2) Сальпинготомия, сальпингэктомия
- 3) гистерэктомия
- 4) Аднексэктомия, овариоэктомия, резекция яичника

ПК-6

15. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ:

- 1) Рекомендуются женщине обратиться к гинекологу по месту жительства или ЖК.
- 2) Женщина должна быть госпитализирована бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.
- 3) Женщина самостоятельно должна обратиться в стационар хирургического профиля.
- 4) Никуда не обращаться.

Эталоны ОТВЕТОВ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	1	1	2	1	4	1	3	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4	2	3	2	2	3	3	1	2	4
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
4	4	1	3	1	1	2	1	3	1
31	32	33	34	35					
2	2	1	4	4					

РАЗДЕЛ 14 Эндометриоз
ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

ОПК-4

1. ЭНДОМЕТРИОЗ ЭТО –

- 1) Злокачественное разрастание ткани подобной эндометрию за пределами полости матки
- 2) Доброкачественное разрастание ткани подобной эндометрию за пределами полости матки
- 3) 1 и 2
- 4) Воспалительный процесс в эндометрии

2. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 1 СТАДИИ ЭТО

- 1) Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов
- 2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки
- 3) Процесс переходит на мышечный слой
- 4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки

3. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 2 СТАДИИ ЭТО

- 1) Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов
- 2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки
- 3) Процесс переходит на мышечный слой
- 4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки

4. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 3 СТАДИИ ЭТО

- 1) Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов
- 2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки
- 3) Процесс переходит на мышечный слой
- 4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки

ОПК-5

5. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 4 СТАДИИ ЭТО

- 1) Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов
- 2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки
- 3) Процесс переходит на мышечный слой
- 4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки

6. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 1 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Мелкие точечные эндометриоидные образования, без образования кистозных полостей
- 2) Эндометриодная киста более 5-6 см
- 3) Эндометриодная киста менее 5-6 см
- 4) Двусторонние эндометриоидные кисты более 6 см

7. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Мелкие точечные эндометриоидные образования, без образования кистозных полостей
- 2) Эндометриодная киста более 5-6 см
- 3) Эндометриодная киста менее 5-6 см
- 4) Двусторонние эндометриоидные кисты более 6 см

ОПК-6

8. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Мелкие точечные эндометриодные образования, без образования кистозных полостей
- 2) Эндометриодная киста более 5-6 см
- 3) Эндометриодная киста менее 5-6 см
- 4) Двусторонние эндометриодные кисты более 6 см

9. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 4 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Мелкие точечные эндометриодные образования, без образования кистозных полостей
- 2) Эндометриодная киста более 5-6 см
- 3) Эндометриодная киста менее 5-6 см
- 4) Двусторонние эндометриодные кисты более 6 см

ОПК-7

10. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 1 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечно- маточного углубления, спаечный процесс в области придатков матки
- 2) Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки
- 3) Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища
- 4) Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки

11. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечно- маточного углубления, спаечный процесс в области придатков матки
- 2) Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки
- 3) Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища
- 4) Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки

12. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечно- маточного углубления, спаечный процесс в области придатков матки
- 2) Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки
- 3) Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища
- 4) Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки

13. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 4 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечно- маточного углубления, спаечный процесс в области придатков матки
- 2) Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки
- 3) Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища
- 4) Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки

ОПК-8

14. К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) Тазовой боли
- 2) Нарушение менструального цикла
- 3) Бесплодие
- 4) Воспалительный процесс эндометрия

15. ДЛЯ БОЛЕЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) Пик боли в менструацию
- 2) Спастические боли
- 3) Пик болей после менструации
- 4) Тянущие боли

ОПК-9

16. КАКУЮ ФОРМУ АДЕНОМИОЗА ОБНАРУЖИВАЮТ ЧАЩЕ

- 1) Диффузно-узловую
- 2) Узловую
- 3) Диффузную
- 4) С одинаковой частотой

17. ПРИ АДЕНОМИОЗЕ МАТКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В РАЗМЕРЕ

- 1) В длину
- 2) В передне-заднем размере
- 3) В поперечном размере
- 4) Увеличивается шейка матки

18. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) Инфильтративных форм
- 2) Аденомиоза
- 3) Размеров кист яичников
- 4) Не рекомендуется

ОПК-10

19. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) УЗИ органов малого таза
- 2) Магнитно-резонансная томография
- 3) Лапароскопия
- 4) Спиральная компьютерная томография

20. ЭМПИРИЧЕСКАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ ВСЕХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

- 1) Аденомиоза
- 2) При отсутствии кистозных процессов в яичниках
- 3) Кистах яичников
- 4) 1 и 2

21. ПРИ НАЛИЧИИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА НЕОБХОДИМО

- 1) Эмпирическая терапия
- 2) Хирургическое лечение
- 3) Выжидательная тактика
- 4) Не одно из вышеперечисленных

ПК-1

22. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ПРОВОДИТСЯ

- 1) На 5-12 день менструального цикла
- 2) На 14-16 день менструального цикла
- 3) На 17-25 день менструального цикла
- 4) Не имеет значение

23. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В СТАЦИОНАРЕ

- 1) I уровня
- 2) II уровня
- 3) III уровня
- 4) Не имеет значение

ПК-2

24. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭНДОМЕТРИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) МРТ и КТ
- 2) Колоноскопия
- 3) Определение уровня онкомаркеров
- 4) Ультрасонография

25. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) МРТ и КТ
- 2) Колоноскопия
- 3) Определение уровня онкомаркеров
- 4) Ультрасонография

26. СТЕПЕНЬ АНАТОМИЧЕСКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) МРТ и КТ
- 2) Колоноскопия, цистоскопия
- 3) Определение уровня онкомаркеров
- 4) Ультрасонография

27. С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА И ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1) МРТ и КТ
- 2) Колоноскопия
- 3) Определение уровня онкомаркера С 125
- 4) Ультрасонография

28. ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ПРОЦЕСС ЭНДОМЕТРИОЗА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ

- 1) Удалением кишки
- 2) Резекцией 1/3 кишки
- 3) Колостомой
- 4) Цистостомой

29. СНИЖЕНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) Удалением яичника
- 2) Полной энуклеацией стенки киты
- 3) Аблацией капсулы
- 4) Лазерной вапоризацией

30. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ПО ПОВОДУ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКА У ЖЕНЩИН НЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В БЕРЕМЕННОСТИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) КОК
- 2) Гестагены
- 3) ВМС – Мирена
- 4) Не имеет значения

31. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ЯИЧНИКАХ С ДОКАЗАННЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ В АНАМНЕЗЕ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ

- 1) Проведения хирургического лечения
- 2) Назначения гормонального лечения
- 3) Назначения гормонотерапии после дополнительного исследования – онкомаркеры, УЗИ с доплерометрией
- 4) Любой из предложенных вариантов

32. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА ЯИЧНИКАХ ПО ПОВОДУ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- 1) К повышению фолликулярного резерва
- 2) К снижению фолликулярного резерва
- 3) 1 и 2
- 4) Не имеет последствий

33. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛИ ПРОВЕДЕНИЕ ПОВТОРНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОМ БЕСПЛОДИИ

- 1) Да целесообразно
- 2) Нет не целесообразно, затягивает продолжительность лечения
- 3) Не имеет значение
- 4) С учетом показаний

34. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Лапароскопия
- 2) Гистероскопия
- 3) Лапаротомия
- 4) Не имеет значение

ПК-2

35. ОЧАГИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ УДАЛЯЮТСЯ ДОСТУПОМ

- 1) Лапаротомным
- 2) Лапароскопическим
- 3) Лапароскопически-вагинальным
- 4) Не имеет значение

36. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА СЧИТАЕТСЯ

- 1) Гормонотерапия
- 2) Гистерэктомия
- 3) Резекция
- 4) Гистероскопия

37. ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ, С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 3 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев

38. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Гестагены
- 2) КОК
- 3) Агонисты Гн – РГ
- 4) НПВ

ПК-3

39. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ, СВЯЗАННЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) НПВС
- 2) КОК
- 3) Агонисты Гн – РГ
- 4) Селективные модуляторы простероновых рецепторов

40. ГОРМОНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН НЕ ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КОК
- 2) ВМС – Мирена
- 3) Прогестины
- 4) Агонисты Гн – РГ

41. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАРУЖНЫЙ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) монотерапия гестагенами
- 2) ВМС – Мирена
- 3) а ГнРГ
- 4) Антогонисты Гн РГ

ПК-4

42. ПРЕПАРАТАМИ ВТОРОЙ ЛИНИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАРУЖНЫЙ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Монотерапия гестагенами
- 2) ВМС – Мирена
- 3) а ГнРГ
- 4) 2 и 3

43. МОНОТЕРАПИЮ АГН – РГ МОЖНО ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 3 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 9 месяцев
- 4) 12 месяцев

44. В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) а Гн РГ и гестагены
- 2) а Гн РГ и ЗГТ
- 3) Хирургическая и гормональная терапия
- 4) 1 и 2

45. В КОМПЛЕКСНОЙ ВОЗВРАТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) а Гн РГ и гестагены
- 2) а Гн РГ и ЗГТ
- 3) Хирургическая и гормональная терапия
- 4) НПВС

ПК-5

46. МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

- 1) Не назначается
- 2) Назначаются в непрерывном режиме комбинированные препараты
- 3) Назначаются в непрерывном режиме эстрогены
- 4) Назначаются в непрерывном режиме гестагены

47. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЕ БОЛЕЕ 3 СМ (РАНЕЕ НЕ ОПЕРИРОВАННОЙ) ПОКАЗАНО:

- 1) Оперативное лечение
- 2) Лечение гестагенами
- 3) Лечение аГн РГ
- 4) ВРТ

48. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЕ МЕНЕЕ 3 СМ (РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННОЙ) ПОКАЗАНО:

- 1) Оперативное лечение
- 2) Лечение гестагенами в течение 6 месяцев
- 3) Лечение аГн РГ
- 4) ВРТ

49. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЕ МЕНЕЕ 3 СМ (РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННОЙ) И ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕСТАГЕНАМИ ПОКАЗАНО:

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) Лечение гестагенами
- 3) Лечение аГн РГ
- 4) Самостоятельная беременность или ВРТ

50. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ

БЕСПЛОДИИ: ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ БРЮШИНЫ И ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ СПАЙКАХ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ВОЗМОЖНО:

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) Лечение гестагенами
- 3) Лечение аГн РГ или гестагенами
- 4) ВРТ

51. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ БРЮШИНЫ И ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ СПАЙКАХ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ВОЗМОЖНО:

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) ВРТ
- 3) Лечение аГн РГ или КОК
- 4) 1 и 2

52. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО:

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) Лапаротомия
- 3) Лечение аГн РГ или КОК
- 4) ВРТ

53. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО:

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) 3 и 4
- 3) Лечение аГн РГ или гестагенами
- 4) ВРТ

54. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО

- 1) гестагены
- 2) Лапаротомия, лапароскопия
- 3) Лечение аГн РГ или КОК
- 4) ВРТ

55. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) КОК
- 3) гестагены 5 месяцев
- 4) ВРТ

56. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: НА ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТАГЕНАМИ ПОКАЗАНО

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) КОК до планирования беременности с диеногестом
- 3) Лечение аГн РГ или гестагены
- 4) ВРТ

ПК-6

48. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЕ МЕНЕЕ 3 СМ (РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННОЙ) ПОКАЗАНО:

- 1) Оперативное лечение
- 2) Лечение гестагенами в течение 6 месяцев
- 3) Лечение аГн РГ
- 4) ВРТ

49. АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ БЕСПЛОДИИ: ПРИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЕ МЕНЕЕ 3 СМ (РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННОЙ) И ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕСТАГЕНАМИ ПОКАЗАНО:

- 1) Оперативное лечение (лапароскопия)
- 2) Лечение гестагенами
- 3) Лечение аГн РГ
- 4) Самостоятельная беременность или ВРТ

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	3	4	1	1	3	2	4	4
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	2	1	4	1	3	2	1	3	3
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	1	3	4	1	2	3	2	2	1
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
3	2	2	1	3	2	1	1	1	2
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	4	2	1	2	2	1	2	4	3
51	52	53	54	55	56				
2	1	2	1	1	2				

РАЗДЕЛ 15 Бесплодие**ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ****ОПК-4**

1. В ГРУППУ РИСКА «БЕДНОГО ОВАРИАЛЬНОГО ОТВЕТА» НА СТИМУЛЯЦИЮ В ПРОГРАММАХ ВРТ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН:

- 1) старше 40 лет;
- 2) старше 36 лет;
- 3) 35 лет;
- 4) старше 30 лет.

2. УРОВЕНЬ АМГ ПРИ СНИЖЕННОМ ОВАРИАЛЬНОМ РЕЗЕРВЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) более 1,1 нг/мл;
- 2) 0,8-1,5;
- 3) 0,5-1,1нг/мл;
- 4) менее 0,5нг/мл.

3. СТАДИЯ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЭМБРИОНА, КОТОРАЯ

НАСТУПАЕТ НА 5-6 СУТКИ ПОСЛЕ ЭКО ИЛИ ИКСИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) бластоциста;
- 2) морула;
- 3) зигота;
- 4) имплантация.

4. ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА ПЛОДНЫХ ЯИЦ ИЛИ ЭМБРИОНОВ/ПЛОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НАЗЫВАЮТ:

- 1) искусственная редукция;
- 2) инсимиация;
- 3) индукция овуляции;
- 4) инъекция сперматозоида в цитоплазму.

5. ЧРЕЗМЕРНЫЙ СИСТЕМНЫЙ ОТВЕТ НА СТИМУЛЯЦИЮ ЯИЧНИКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ШИРОКИМ СПЕКТРОМ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ:

- 1) низкий овариальный резерв;
- 2) спонтанная редукция плодного яйца;
- 3) синдром гиперстимуляции яичников;
- 4) хетчинг.

6. ЦИКЛ ВРТ, В КОТОРОМ ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ СВЕЖИХ ИЛИ ЗАМОРОЖЕННЫХ/ ОТТАЯННЫХ ЭМБРИОНОВ НА СТАДИИ ДРОБЛЕНИЯ ИЛИ БЛАСТОЦИСТЫ ПЕРЕНОСЯТ В ПОЛОСТЬ МАТКИ ИЛИ МАТОЧНУЮ ТРУБУ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) цикл с реципиенткой ооцитов;
- 2) цикл переноса эмбриона;
- 3) цитоплазматическое созревание;
- 4) созревание *in vitro*.

7. БИОЛОГИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗМ, ОБРАЗОВАВШИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗВИТИЯ ЗИГОТЫ, ДО 8 ПОЛНЫХ НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ, ЧТО ЭКВИВАЛЕНТНО 10 НЕДЕЛЯМ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) плод;
- 2) зигота;
- 3) плодное яйцо;
- 4) эмбрион.

8. СТАДИЯ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗМА С 8 ПОЛНЫХ НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКВИВАЛЕНТНО 10 НЕДЕЛЯМ БЕРЕМЕННОСТИ) ДО КОНЦА БЕРЕМЕННОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) человек;
- 2) эмбрион;
- 3) плод;
- 4) зигота.

9. ЖИДКОСТНАЯ СТРУКТУРА, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ РАННИМ СРОКАМ БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРАЯ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ ВНУТРИ ИЛИ, В СЛУЧАЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ВНЕ ПОЛОСТИ МАТКИ ЭТО:

- 1) морула;
- 2) эмбрион;
- 3) плод;

4) плодное яйцо.

ОПК -5

10. ПРОЦЕДУРА ВРТ, ПРИ КОТОРОЙ ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ООЦИТОВ ПОЛУЧАЮТ ИЗ ЯИЧНИКОВ В ТЕЧЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЭТО:

- 1) мягкая стимуляция яичников для ЭКО;
- 2) модифицированный естественный цикл;
- 3) начатый цикл репродукции с медицинской помощью;
- 4) овариальная стимуляция.

11. ВВЕДЕНИЕ СПЕРМЫ ЖЕНЩИНЕ ЕСТЕСТВЕННЫМ ИЛИ ИСКУССТВЕННЫМ СПОСОБОМ:

- 1) инсеминация;
- 2) имплантация;
- 3) оплодотворение;
- 4) инъекция сперматозоида в цитоплазму.

12. ВСЕ МАНИПУЛЯЦИИ INVITRO С ООЦИТАМИ, СПЕРМАТОЗОИДАМИ ИЛИ ЭМБРИОНАМИ ЧЕЛОВЕКА С ЦЕЛЬЮ РЕПРОДУКЦИИ НАЗЫВАЮТСЯ:

- 1) вспомогательный хетчинг;
- 2) витрификация;
- 3) вспомогательные репродуктивные технологии;
- 4) вспомогательная репродукция.

13. ПРОЦЕДУРА СВЕРХБЫСТРОЙ КРИОКОНСЕРВАЦИИ, ПРИ КОТОРОЙ ВОДА В КЛЕТКЕ ИЗ ЖИДКОГО СОСТОЯНИЯ ПЕРЕХОДИТ В ТВЕРДОЕ СТЕКЛОПОДОБНОЕ ТЕЛО БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ЛЬДА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) вспомогательный хетчинг;
- 2) витрификация;
- 3) криоконсервация;
- 4) медленное замораживание.

14. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМИНЕНИЕМ ВРТ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) возраст 35 лет;
- 2) азооспермия;
- 3) отсутствие яичников;
- 4) острый гломерулонефрит.

ОПК- 6

15. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НОРМАЛЬНЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ ПОВТОРНУЮ СТИМУЛЯЦИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ:

- 1) не ранее чем через 1 месяц после предыдущей;
- 2) через два месяца после предыдущей;
- 3) в следующем цикле;
- 4) каждые 3 месяца.

16. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННЫМ РЕЗЕРВОМ/ БЕДНЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ ПРОВЕДЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ВОЗМОЖНО:

- 1) не ранее чем через 1 месяц после предыдущей;
- 2) через два месяца после предыдущей;

3) в следующем цикле;

4) каждые 3 месяца.

17. В ПРОГРАММАХ «ЕСТЕСТВЕННОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА» ПУНКЦИЯ Фолликулов может быть выполнена:

1) не ранее чем через 1 месяц после предыдущей;

2) в каждом последующем цикле;

3) через цикл;

4) через каждые три цикла.

18. С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КОНЕЦ КАТЕТЕРА РЕКОМЕНДУЕТСЯ РАСПОЛАГАТЬ В ВЕРХНЕЙ ИЛИ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПОЛОСТИ МАТКИ НА РАССТОЯНИИ:

1) 2 см выше внутреннего зева;

2) 0,5 см от дна матки;

3) не ближе 1 см от одного из маточных углов;

4) не ближе 1 см от дна матки.

19. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТРОГЕНОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ ТОЛЩИНЕ ЭНДОМЕТРИЯ НА МОМЕНТ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА МЕНЕЕ:

1) 8 мм;

2) 12 мм;

3) 5 мм;

4) 10 мм.

20. ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ ПРИ ТОЛЩИНЕ ЭНДОМЕТРИЯ МЕНЕЕ 8 ММ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1) прогестеронов;

2) аГрГ;

3) эстрогенов;

4) КОК.

21. ВСЕ ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ У ЯЙЦЕКЛЕТОК И ЭМБРИОНОВ ДО ПЕРЕНОСА ИХ В МАТКУ НАЗЫВАЮТ:

1) преимплантационным генетическим тестированием;

2) ПИКСИ;

3) вспомогательный хетчинг;

4) ИКСИ

22. ВВЕДЕНИЕ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ИНСЕМИНАЦИИ ПРОИЗВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО ЛЕЧЕБНОГО ЦИКЛА:

1) 6-9 раз;

2) 1-3 раза;

3) 5-8 раз;

4) 10-15 раз.

23. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ИНСЕМИНАЦИИ ДОНОРСКОЙ СПЕРМОЙ СО СТОРОНЫ МУЖЧИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) азооспермия;

2) хронический пиелонефрит;

3) отрицательный R_p-фактор;

4) первая группа крови.

24. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ИНСЕМИНАЦИИ ДОНОРСКОЙ СПЕРМОЙ СО СТОРОНЫ ЖЕНЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) длительный прием КОК;
- 2) хронический гастрит;
- 3) положительный Rр-фактор;
- 4) отсутствие полового партнера.

25. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ИНСЕМИНАЦИИ СПЕРМОЙ МУЖА СО СТОРОНЫ МУЖЧИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) отрицательный Rр-фактор;
- 2) хронический гастрит;
- 3) положительный Rр-фактор;
- 4) эякуляторно-сексуальные расстройства.

26. ПУНКЦИЯ ФОЛЛИКУЛОВ ЯИЧНИКА, ВЫПОЛНЯЕМАЯ С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ ООЦИТОВ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) аспирацией ооцитов;
- 2) витрификацией;
- 3) аспирацией сперматозоидов;
- 4) вспомогательным хетчингом.

27. «БЕДНЫЙ» ОТВЕТ ЯИЧНИКОВ НА СТИМУЛЯЦИЮ ЭТО СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПОЛУЧЕНО МЕНЕЕ_ФОЛЛИКУЛОВ:

- 1) четырех;
- 2) пяти;
- 3) десяти;
- 4) шести.

28. ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ, ВКЛЮЧАЮЩИМ ОДНУ ИЛИ БОЛЕЕ БИОПСИЙ ЯИЧКА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) аспирация сперматозоидов;
- 2) хетчинг;
- 3) «бедный» ответ яичников на стимуляцию;
- 4) аспирация ооцитов.

29. ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА ПЛОДНЫХ ЯИЦ ИЛИ ЭМБРИОНОВ/ПЛОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) инъекция сперматозоида в цитоплазму;
- 2) искусственный аборт;
- 3) редукция эмбриона;
- 4) аспирация ооцитов.

30. БИОХИМИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ НАЗЫВАЮТ:

- 1) беременность, диагностированную только путем определения бета-ХГЧ в сыворотке крови или в моче;
- 2) беременность, диагностированную путем визуализации при ультразвуковом исследовании;
- 3) беременность, диагностированную при наличии достоверных клинических признаков;
- 4) беременность, диагностированную на основании регистрации сердечной деятельности плода ультрасонографическим или клиническим методом.

31. ПРИВЫЧНЫЙ СПОНТАННЫЙ ВЫКИДЫШ – ЭТО

- 1) спонтанная потеря трех или более клинических беременностей;
- 2) спонтанная потеря пяти или более клинических беременностей;
- 3) спонтанная потеря двух и более клинических беременностей;
- 4) спонтанная потеря одной клинической беременности.

32. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВРТ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) желание женщины;
- 2) отсутствие беременности при лечении бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет;
- 3) отсутствие беременности при лечении бесплодия в течение 6 месяцев при возрасте женщины до 35 лет;
- 4) отсутствие беременности при лечении бесплодия в течение 6 месяцев при возрасте женщины до 40 лет.

33. ПРИ ОТСУТСТВИИ БЕСПЛОДИЯ ПРОГРАММЫ ВРТ МОГУТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕННЫ:

- 1) женщине с вирусным гепатитом;
- 2) женщине с образованием в яичнике;
- 3) ВИЧ-инфицированным дискордантным парам;
- 4) по желанию семейной пары.

ОПК-7

34. ПРОТОКОЛЫ С аГнРГ РЕКОМЕНДОВАНЫ ПАЦИЕНТКАМ:

- 1) при преждевременной овуляции на фоне протокола с антГнРГ;
- 2) с избыточным овариальным резервом (АМГ более 3,6 нг/мл);
- 3) с нормальным овариальным резервом и первым предстоящим протоколом ЭКО;
- 4) с дефицитом массы тела.

35. ПРОТОКОЛЫ С антГнРГ РЕКОМЕНДОВАНЫ ПАЦИЕНТКАМ:

- 1) при преждевременной овуляции на фоне протокола с антГнРГ;
- 2) при асинхронном росте фолликулов;
- 3) при отсутствии риска развития СГЯ;
- 4) с СГЯ в анамнезе.

36. ПУНКЦИЮ ФОЛЛИКУЛОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ _____ ЧАСОВ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ТРИГГЕРА ФИНАЛЬНОГО СОЗРЕВАНИЯ ООЦИТОВ:

- 1) 34-38;
- 2) 28-32;
- 3) 24-28;
- 4) 18-24.

37. ЭМБРИОНЫ В ПОЛОСТЬ МАТКИ МОЖНО ПЕРЕНОСИТЬ НА _____ ДЕНЬ ПОСЛЕ ПУНКЦИИ ФОЛЛИКУЛОВ:

- 1) первый;
- 2) второй;
- 3) седьмой;
- 4) восьмой.

38. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПЕРЕНОС НЕ БОЛЕЕ _____ ЭМБРИОНОВ:

- 1) четырех;

- 2) трех;
- 3) двух;
- 4) одного.

39. ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О КОЛИЧЕСТВЕ ПЕРЕНОСИМЫХ ЭМБРИОНОВ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ УЧИТЫВАТЬ:

- 1) возраст женщины;
- 2) желание женщины;
- 3) отсутствие соматической патологии;
- 4) материальное положение семьи.

40. ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТЫ:

- 1) ГнРГ;
- 2) прогестерона;
- 3) эстрогена;
- 4) ХГЧ.

41. ОПТИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ЭНДОМЕТРИЯ НА МОМЕНТ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА В ПОЛОСТЬ МАТКИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:

- 1) 2-3 мм;
- 2) 4-6 мм;
- 3) 6-10 мм;
- 4) 8-12 мм.

42. К ГРУППЕ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТКИ, ИМЕЮЩИЕ В АНАМНЕЗЕ:

- 1) привычное невынашивание;
- 2) воспалительные заболевания органов малого таза;
- 3) астеническое телосложение;
- 4) СГЯ.

43. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СГЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) СПКЯ, мультифолликулярные яичники;
- 2) эндометриоз;
- 3) операции на маточных трубах;
- 4) возраст более 30 лет.

44. ОЦЕНКУ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ _____ ЧАСОВ ПОСЛЕ ИНСЕМИНАЦИИ:

- 1) 5-6;
- 2) 10-12;
- 3) 16-20;
- 4) 8-14.

45. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИКСИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) мужской фактор бесплодия;
- 2) бесплодие неясного генеза;
- 3) поздний репродуктивный возраст женщины (старше 35 лет);
- 4) низкое качество ооцитов.

46. ИКСИ – ЭТО

1) инъекция физиологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Это метод отбора сперматозоидов для ИКСИ, основанный на их способности связываться с гиалуроновой кислотой;

2) микроманипуляция, заключающаяся в рассечении блестящей оболочки ооцита или эмбриона с целью получения материала для проведения ПГТ или для облегчения вылупления эмбриона

3) инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки является вариантом экстракорпорального оплодотворения, которое достигается путем введения одного сперматозоида в ооцит с помощью специальных микроинструментов;

4) инъекция морфологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Метод заключается в отборе сперматозоида для ИКСИ при большом увеличении (6000* и более).

47. ПИКСИ – ЭТО

1) инъекция физиологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Это метод отбора сперматозоидов для ИКСИ, основанный на их способности связываться с гиалуроновой кислотой;

2) микроманипуляция, заключающаяся в рассечении блестящей оболочки ооцита или эмбриона с целью получения материала для проведения ПГТ или для облегчения вылупления эмбриона;

3) инъекция морфологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Метод заключается в отборе сперматозоида для ИКСИ при большом увеличении (6000* и более);

4) инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки является вариантом экстракорпорального оплодотворения, которое достигается путем введения одного сперматозоида в ооцит с помощью специальных микроинструментов.

48. ИМСИ – ЭТО

1) микроманипуляция, заключающаяся в рассечении блестящей оболочки ооцита или эмбриона с целью получения материала для проведения ПГТ или для облегчения вылупления эмбриона;

2) инъекция морфологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Метод заключается в отборе сперматозоида для ИКСИ при большом увеличении (6000* и более);

3) инъекция физиологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Это метод отбора сперматозоидов для ИКСИ, основанный на их способности связываться с гиалуроновой кислотой;

4) инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки является вариантом экстракорпорального оплодотворения, которое достигается путем введения одного сперматозоида в ооцит с помощью специальных микроинструментов.

49. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ХЕТЧИНГ – ЭТО

1) инъекция морфологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Метод заключается в отборе сперматозоида для ИКСИ при большом увеличении (6000* и более);

2) инъекция физиологически нормального сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Это метод отбора сперматозоидов для ИКСИ, основанный на их способности связываться с гиалуроновой кислотой;

3) инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки является вариантом экстракорпорального оплодотворения, которое достигается путем введения одного сперматозоида в ооцит с помощью специальных микроинструментов;

4) микроманипуляция, заключающаяся в рассечении блестящей оболочки ооцита или эмбриона с целью получения материала для проведения ПГТ или для облегчения вылупления эмбриона.

50. ПРОЦЕДУРУ БИОПСИИ БЛАСТОМЕРОВ ПРОВОДЯТ НА _____ ДЕНЬ РАЗВИТИЯ ЭМБРИОНОВ:

- 1) 3;
- 2) 5;
- 3) 7;
- 4) 10.

51. КРИОКОНСЕРВАЦИЯ – ЭТО

- 1) ликвидация биологического материала;
- 2) хранение биологического материала;
- 3) замораживание биологического материала;
- 4) размораживание биологического материала.

52. К ТРЕБОВАНИЮ ДЛЯ ДОНОРА ООЦИТОВ ОТНОСИТСЯ:

- 1) физические и психические здоровые;
- 2) возраст от 35 до 40 лет;
- 3) наличие детей с врожденной патологией;
- 4) привычное невынашивание беременности.

ОПК-9

53. В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОДНОГО ЭУПЛОИДНОГО ЭМБРИОНА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ _____ ООЦИТОВ:

- 1) два;
- 2) четыре;
- 3) шесть;
- 4) восемь.

54. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛПИПА ЭНДОМЕТРИЯ ДО ЛЕЧЕБНОГО ЦИКЛА ВРТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ:

- 1) гистероскопии;
- 2) кольпоскопии;
- 3) метросальпингографии;
- 4) гистерорезектоскопии.

55. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) антибиотики и противовирусные препараты;
- 2) гормональная терапия;
- 3) физиотерапия;
- 4) фитотерапия.

56. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ АГЕНЕЗИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ РЕКОМЕНДОВАНА ПРОГРАММА:

- 1) ПИКСИ;
- 2) ИКСИ;
- 3) суррогатное материнство;
- 4) вспомогательный хетчинг.

57. ВРТ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ НЕПОЛНЫХ ПЕРЕГОРОДОК МАТКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ЧЕРЕЗ _____ НЕДЕЛЬ:

- 1) 1-2;
- 2) 4-6;
- 3) 6-8;
- 4) 8-10.

58. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ НАЛИЧИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ, ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- 1) кольпоскопии;
- 2) метросальпингографии;
- 3) сонографии;
- 4) гистероскопии.

ОПК-10

59. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сниженный овариальный резерв и/или «бедный ответ на стимуляцию яичников в анамнезе;
- 2) злокачественные опухоли в анамнезе;
- 3) опухоли гипоталамуса и гипофиза (кроме микроаденомы гипофиза и пролактинсекретирующих опухолей);
- 4) высокий риск развития СГЯ.

60. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сниженный овариальный резерв и/или «бедный ответ на стимуляцию яичников в анамнезе;
- 2) гиперчувствительность к препаратам ФСГ;
- 3) злокачественные опухоли;
- 4) опухоли гипоталамуса и гипофиза (кроме микроаденомы гипофиза и пролактинсекретирующих опухолей).

61. ПУНКЦИЯ ФОЛЛИКУЛОВ ЯИЧНИКОВ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА _____ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:

- 1) 1-5;
- 2) 8-10;
- 3) 11-16;
- 4) 18-21.

62. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ:

- 1) 2-3 дня;
- 2) 10-14 дней;
- 3) 6-7 дней;
- 4) 8-10 дней.

63. КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ЭМБРИОНОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

- 1) 10-15 часов;
- 2) 20-24 часов;
- 3) 35-50 часов;
- 4) 72-120 часов.

64. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В КРОВИ ИЛИ В МОЧЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ ОТ МОМЕНТА ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНОВ:

- 1) 5-7;
- 2) 8-10;
- 3) 12-14;
- 4) 18-21.

65. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ С _____ ДНЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНОВ:

- 1) 7;
- 2) 14;
- 3) 18;
- 4) 21.

66. С ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЭНДОМЕТИЯ, ЯИЧНИКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) ультразвуковую диагностику;
- 2) метросальпингографию;
- 3) кольпоскопию;
- 4) лапароскопию.

67. БЫТЬ ДОНОРАМИ ПОЛОВЫХ КЛЕТОК ИМЕЮТ ПРАВО ГРАЖДАНЕ В ВОЗРАСТЕ:

- 1) от 14 до 21 года;
- 2) от 16 до 35 лет;
- 3) от 18 до 35 лет;
- 4) от 18 до 40 лет.

68. ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ В ПОЛОСТЬ МАТКИ ВВОДИТСЯ ОПТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА, КОТОРАЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОСМОТРЕТЬ ПОЛОСТЬ МАТКИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) лапароскопия;
- 2) гистероскопия;
- 3) цистоскопия;
- 4) кольпоскопия.

69. СОСТАВ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПОЛНОСТЬЮ ОБНОВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ МЕСЯЦЕВ:

- 1) двух;
- 2) четырех;
- 3) трех;
- 4) пяти.

70. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ТРЕБОВАНИЕМ ПЕРЕД СДАЧЕЙ СПЕРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОВОЕ ВОЗДЕРЖАНИЕ В ТЕЧЕНИЕ:

- 1) 14 дней;
- 2) 7-10 дней;
- 3) 3-8 дней;
- 4) 1-5 дней.

71. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ ВРТ УРОВЕНЬ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЗА _____ ДНЕЙ ДО МЕНСТРУАЦИИ:

- 1) три;
- 2) пять;
- 3) семь;
- 4) девять.

ПК-1

72. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ ВРТ УРОВЕНЬ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА:

- 1) 2-5 день;
- 2) 5-7 день;
- 3) 8-10 день;
- 4) 14 день.

73. СРОК ГОДНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЯКУЛЯТА МУЖА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) три месяца;
- 2) девять месяцев;
- 3) шесть месяцев;
- 4) один год.

74. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПИКА ЛГ ПРИ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПРОГРАММАХ ЭКО И ИКСИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) глюкокортикостероиды;
- 2) нестероидные противовоспалительные средства;
- 3) метотрексат;
- 4) агонисты ГнРГ.

75. В КАЧЕСТВЕ ТРИГГЕРА ФИНАЛЬНОГО СОЗРЕВАНИЯ ООЦИТОВ ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТ:

- 1) сульфацил;
- 2) окситоцин;
- 3) мелатонин;
- 4) ХГЧ.

ПК-2

76. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВОЗМОЖНОГО НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ КОК НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКО И ИКСИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ СТИМУЛЯЦИЮ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ТАБЛЕТКИ КОК:

- 1) 1-2;
- 2) 3-4;
- 3) 5-6;
- 4) 8-10.

77. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВРТ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 1%;
- 2) 2,5%;
- 3) 5%;

4) 10%.

78. СИСТЕМНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ АКТИВАЦИИ ПРОДУКЦИИ МЕДИАТОРОВ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ИХ СТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) синдром гиперстимуляции яичников;
- 2) синдром гипостимуляции яичников;
- 3) перекрут яичника;
- 4) яичниковая беременность.

79. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СГЯ В ДЕНЬ ВВЕДЕНИЯ ТРИГГЕРА ОВУЛЯЦИИ ХГЧ И В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ ПОСЛЕ, ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) нестероидных противовоспалительных средств;
- 2) глюкокортикостероидов;
- 3) агонистов дофамина;
- 4) мелатонина.

80. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ, СВЯЗАННЫМ С ВЫПОЛНЕНИЕМ ПУНКЦИИ ФОЛЛИКУЛОВ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) аспирация большого числа фолликулов;
- 2) возраст пациентки старше 30 лет;
- 3) исходный лейкоцитоз;
- 4) прием прогестерона.

81. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПРОГРАММАХ ВРТ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) до 10%;
- 2) до 5%;
- 3) до 3%;
- 4) до 1,5%.

82. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПУНКЦИИ ФОЛЛИКУЛОВ ЯИЧНИКА РЕКОМЕНДОВАНО ЖЕНЩИНАМ С:

- 1) отягощенным аллергологическим анамнезом;
- 2) воспалительными заболеваниями органов малого таза в анамнезе;
- 3) миомой матки;
- 4) анемией.

83. ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕДУРЫ ИНСЕМИНАЦИИ ООЦИТОВ, НА ОДНУ ЯЙЦЕКЛЕТКУ ДОЛЖНО ПРИХОДИТЬСЯ ДО _____ ТЫСЯЧ СПЕРМАТОЗОИДОВ:

- 1) 5;
- 2) 10;
- 3) 50;
- 4) 30.

84. ПРОЦЕДУРУ БИОПСИИ ТРОФЭКТОДЕРМЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ НА _____ ДЕНЬ РАЗВИТИЯ НА БЛАСТОЦИСТАХ ОТЛИЧНОГО И ХОРОШЕГО КАЧЕСТВА:

- 1) 5-6;
- 2) 7-8;

- 3) 3-4;
- 4) 1-2.

ПК-3

85. КРИОКОНСЕРВАЦИЮ СПЕРМАТОЗОИДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ СПУСТЯ _____ ДНЕЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА АНТИБИОТИКОВ:

- 1) 5;
- 2) 15;
- 3) 7;
- 4) 10.

86. КРИОКОНСЕРВАЦИЮ ОВАРИАЛЬНОЙ ТКАНИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ:

- 1) 35,3 – 37,9 С;
- 2) 36,7 – 38,2 С;
- 3) 35,3 – 36,6 С;
- 4) 36,6 – 37,2 С.

87. КРИОКОНСЕРВАЦИЮ ТКАНЕЙ ЯИЧНИКА ИЛИ ПРИДАТКА ЯИЧКА ВОЗМОЖНО ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРОГРАММАХ ИКСИ ЕСЛИ:

- 1) обнаружен хотя бы один подвижный сперматозоид в пяти полях зрения;
- 2) обнаружен хотя бы один подвижный сперматозоид в шести полях зрения;
- 3) обнаружен один неподвижный сперматозоид;
- 4) не обнаружено сперматозоидов.

ПК-4

88. К СУРРОГАТНОМУ МАТЕРИНСТВУ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ ЖЕНЩИНЫ:

- 1) с поперечно-суженным тазом;
- 2) с миопией;
- 3) с ВИЧ-инфекцией;
- 4) с анемией.

89. ОГРАНИЧЕНИЕМ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В ПРОГРАММУ В КАЧЕСТВЕ СУРРОГАТНОЙ МАТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) наличие в анамнезе одного самопроизвольного выкидыша;
- 2) наличие в анамнезе многоплодной беременности;
- 3) наличие резус-положительной принадлежности крови;
- 4) наличие в анамнезе двух и более искусственных абортов, самопроизвольных выкидышей и/или неразвивающихся беременностей.

90. «БЕДНЫМ» ОТВЕТОМ ЯИЧНИКА НА СТИМУЛЯЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) менее трех ооцитов при обычном протоколе стимуляции яичников;
- 2) менее пяти ооцитов при обычном протоколе стимуляции яичников;
- 3) менее семи ооцитов при обычном протоколе стимуляции яичников;
- 4) менее десяти ооцитов при обычном протоколе стимуляции яичников.

91. КРИТЕРИЕМ СНИЖЕННОГО ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 12-15 антральных фолликулов;
- 2) 10-12 антральных фолликулов;
- 3) 8-10 антральных фолликулов;
- 4) 5-7 антральных фолликулов.

92. ВТОРЫМ ЭТАПОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) антибактериальная терапия;
- 2) гормональная терапия;
- 3) противовирусная терапия;
- 4) лучевая терапия.

93. ПРИ ГИПОПЛАЗИИ МАТКИ В ПРОГРАММАХ ВРТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕНОС:

- 1) неограниченное количество эмбрионов;
- 2) трех эмбрионов;
- 3) одного эмбриона;
- 4) двух эмбрионов.

94. НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРЕНОСА ОДНОГО ЭМБРИОНА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ТЕРНЕРА ОБУСЛОВЛЕНА ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ:

- 1) преэклампсии;
- 2) многоводия;
- 3) кровотечения;
- 4) истмико-цервикальной недостаточности.

95. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МАНИПУЛЯЦИЙ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ ЯЙЦЕКЛЕТКИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) начатый цикл репродукции с медицинской помощью;
- 2) модифицированный естественный цикл;
- 3) оплодотворение in vitro;
- 4) имплантация.

96. ЧРЕЗМЕРНЫЙ ОТВЕТ НА СТИМУЛЯЦИЮ ЯИЧНИКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЬШЕГО КОЛИЧЕСТВА ФОЛЛИКУЛОВ, ЧЕМ ПРЕДПОЛАГАЛОСЬ ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

- 1) более 20 фолликулов размером > 12 мм;
- 2) более 50 фолликулов;
- 3) более 10 фолликулов размером > 8 мм;
- 4) более 10 фолликулов.

ПК-5

97. ЦИКЛ ВРТ, КОТОРЫЙ СОСТОИТ ИЗ ПЕРЕНОСА В ПОЛОСТЬ МАТКИ ИЛИ В МАТОЧНУЮ ТРУБУ ЖЕНЩИНЫ-РЕЦИПИЕНТА ЭМБРИОНОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ГАМЕТ, НЕ ПРИНАДЛЕЖАЩИХ ЖЕНЩИНЕ- РЕЦИПИЕНТУ И ЕЕ ПАРТНЕРУ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) инсеминация;
- 2) имплантация;
- 3) оплодотворение;
- 4) донорство эмбрионов.

98. ГОРМОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ, ПРЕПАРАТАМИ ПРОГЕСТЕРОНА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) преимплантационное тестирование;
- 2) поддержка лютеиновой фазы;
- 3) созревание in vitro;

4) триггирование созревания ооцитов.

99. ЦИКЛ ВРТ, В КОТОРОМ ООЦИТЫ ПОЛУЧАЮТ У ДОНОРА ЯЙЦЕКЛЕТОК ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ЦЕЛЕЙ ИЛИ ИССЛЕДОВАНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) цикл с донорскими ооцитами;
- 2) цикл переноса размороженного эмбриона;
- 3) цикл переноса эмбриона;

100. цикл с реципиентом спермы. ВМЕШАТЕЛЬСТВО INVITRO ИЛИ INVIVO, НАПРАВЛЕННОЕ НА ВОЗОБНОВЛЕНИЕ МЕЙОЗА В ООЦИТЕ С ЦЕЛЬЮ ЕГО СОЗРЕВАНИЯ (Т.Е. СТАДИИ МЕТАФАЗЫ II) НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) начатый цикл репродукции с медицинской помощью;
- 2) селективный перенос эмбриона;
- 3) повторные неудачные попытки переноса;
- 4) триггирование созревания ооцитов.

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	3	2	4	3	4	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	2	4	1	3	2	4	1	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	2	1	4	4	1	1	1	3	1
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
3	2	3	1	4	1	2	3	1	2
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
4	2	1	3	1	3	1	2	4	1
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
3	1	3	4	1	3	2	4	3	1
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
3	2	4	3	4	1	3	2	3	4
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
3	1	3	4	4	3	2	1	3	1
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
4	2	3	1	2	4	1	3	4	1
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
4	2	3	1	3	1	4	2	1	4

3.1.2. Ситуационные задачи

		ОПК 4
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В женскую консультацию обратилась женщина 35 лет, с жалобами на дискомфорт в области наружных половых органов, на обильные беловато-серые выделения из половых путей, с резким неприятным запахом «несвежей рыбы», усиливающиеся после менструации и

		<p>незащищенного полового акта, болезненность во время половых контактов. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременностей -2, Роды- 1 (2 года назад, без осложнений), Аборт-1 (три месяца назад медикаментозное прерывание беременности без осложнений). Гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; хронический гастрит.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружные половые органы развиты правильно, без специфических высыпаний, воспалительных изменений.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки розового цвета. Выделения обильные, гомогенные, беловато-серые, с резким неприятным запахом «несвежей рыбы».</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды свободные.</p> <p>Микроскопия мазка по Граму из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: Во влагалище обнаружена гарднерелла; Особенности микрофлоры- Палочки-скудная, «ключевые клетки» в большом количестве, Грам (+) кокки; Лейкоцитов меньше, чем эпителиальных клеток в п.з.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Бактериальный вагиноз
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз бактериальный вагиноз поставлен на основании жалоб больной на выделения из половых путей ,с резким неприятным запахом «несвежей рыбы»; данных осмотра- в зеркалах: выделения обильные, гомогенные, беловато-серые, с резким неприятным запахом «несвежей рыбы».</p> <p>Данных оценки микробиоценоза: Во влагалище обнаружена гарднерелла; Особенности микрофлоры- Палочки-скудная, «ключевые клетки» в большом количестве, Грам (+) кокки; Лейкоцитов меньше, чем эпителиальных клеток в п.з.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные метода исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ph вагинального экссудата с помощью индикаторных полосок 2) аминотест . Положительный аминотест с гидроокисью калия (КОН) состоит в появлении запаха гнилой рыбы при добавлении к капле влагалищного отделяемого капли 10% раствора КОН.

		<p>Положительный тест связан с появлением летучих аминов (путресцин, кадаверин, триметиламин), которые являются продуктом жизнедеятельности облигатных анаэробов.</p> <p>3) Молекулярно-биологическое исследование: Фемофлор: комплексная количественная оценка микробиоценоза урогенитального тракта путем сравнения содержания представителей нормо- и условно-патогенной биоты с общей бактериальной массой, идентификация <i>A. vaginae</i>, <i>M. hominis</i>, <i>Ureaplasma spp.</i>, <i>Candida spp.</i> Исследование на :<i>Chlamidia trachomatis</i> ;<i>Mycoplasma genitalium</i> ; <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Trichomonas vaginalis</i>. С целью исключения заражения инфекциями передающимися половым путем.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Препараты какой группы используются в 1-м этапе лечения бактериального вагиноза. Приведите пример назначения лекарственных средств
Э	-	1) этап - антибактериальная терапия- метронидазол, орнидазол, клиндамицин (например- метронидазол гель 0,75% 5,0 г интравагинально на ночь в течении 5 дней или метронидазол 500 мг 2 раза в сутки в течении 7 дней)
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако дозировка и схема назначения препаратов указана неверно.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	2-й этап лечения включает назначение следующих препаратов:
Э	-	2 этап - Восстановление нормального биоценоза влагалища (местное введение лактобактерина, ацилакта).
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако можно добавить дополнительные группы препаратов.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	002

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина, 26 лет, с жалобами на обильные, слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд и жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет. Беременностей -0 . Контрацепция: КОК - Линдинет- 20 (начала прием полгода назад), до этого контрацепция барьерным методом . Неделю назад был незащищенный половой контакт со случайным партнером. Гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружные половые органы развиты правильно, без специфических высыпаний.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки гиперемирована, отечна. Выделения слизисто-гнойные.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды глубокие, свободные.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый цервиковагинит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб больной на обильные, слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд и жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании. Данных осмотра- в зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки гиперемирована, отечна. Выделения слизисто-гнойные.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные метода исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <p>1) Микроскопическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры, окрашенного по Грамму, с целью оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микробиоценоза уретры, влагалища, цервикального канала</p>

		2) Молекулярно-биологическое исследование: Исследование на Chlamidia trachomatis; Mycoplasma genitalium; Neisseria gonorrhoeae ; Trichomonas vaginalis ; Ureaplasma parvum/urealiticum ; С целью выявления возбудителя учитывая данные анамнеза: незащищенный половой контакт со случайным партнером неделю назад. 3) Культуральное исследование. Посев из цервикального канала. С целью идентификации возбудителя и определением чувствительности к антибиотикам.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Для лечения данного заболевания будут использованы препараты следующих групп:
Э	-	Местные антисептики (повидон-йод), антибактериальная терапия системного и местного действия, учитывая данные культурального метода; антимикотические препараты;
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не хватает еще двух групп препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Когда проводится контроль излеченности и каким методом?
Э	-	Проводится через 14 дней после окончания лечения , культуральным методом (посев).
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но метод контроля излеченности выбран неправильно.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В женскую консультацию обратилась женщина, 28 лет, с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зелено-жёлтого цвета с неприятным запахом, жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании и половой жизни. Две

		<p>недели назад – незащищенный половой акт со случайным партнером. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, вне брака. Беременностей -0 . Контрацепция: отсутствует. Гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружное отверстие уретры, вульва гиперемированы, отечны. В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна.</p> <p>На шейке матки петехиальные кровоизлияния («Клубничная» шейка матки). Выделения обильные, зелено-жёлтые, пенистые, с неприятным запахом.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются, их проекции без патологических изменений. Своды свободные.</p> <p>В анализе мазка на биоценоз: во влагалище, уретре и цервикальном канале обнаружена трихомонада; Лейкоцитов во влагалище - 50-100 в поле зрения, уретре- 10-20 в поле зрения, цервикальном канале -До 100 в поле зрения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Урогенитальный трихомониаз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании жалоб больной на обильные пенистые выделения из половых путей, зелено-жёлтого цвета с неприятным запахом, жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании и половой жизни. Данные анамнеза: две недели назад – незащищенный половой акт со случайным партнером обильные, слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд и жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании. Данные осмотра- Наружное отверстие уретры, вульва гиперемированы, отечны. В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна. На шейке матки петехиальные кровоизлияния («Клубничная» шейка матки). Выделения обильные, зелено-жёлтые, пенистые, с неприятным запахом. Данные анализа мазка на биоценоз: во влагалище, уретре и цервикальном канале обнаружена трихомонада; Лейкоцитов во влагалище - 50-100 в поле зрения, уретре- 10-20 в поле зрения, цервикальном канале -До 100 в поле зрения.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные метода исследования

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: 1) Молекулярно-биологическое исследование: Исследование на : Chlamidia trachomatis ; Mycoplasma genitalium ; Neisseria gonorrhoeae ; Ureaplasma parvum/ urealiticum ; Trichomonas vaginalis С целью подтверждения диагноза и исключения других ИППП и инфекций, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами. 2) Микроскопию нативного препарата с целью выявления трихомонад. 3) Серологическое обследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Для лечения данного заболевания будут использованы препараты следующих групп:
Э	-	Терапия системного действия- Один из наиболее эффективных препаратов общего действия при трихомониазе — метронидазол. Наиболее приемлемый способ введения метронидазола — внутрь. Используют введение метронидазола в дозе 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней, или орнидазола внутрь 500 мг 2 раза в сутки 5 дней, или тинидазола внутрь 500 мг 2 раза в сутки 5 дней. Для местного лечения с успехом применяют препараты, содержащие метронидазол и миконазол. Это могут быть вагинальные свечи, кремы, вагинальные таблетки (неопенотран ©, тержинан ©, клионД 100 ©).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не хватает еще других групп антибактериальных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Когда проводится контроль излеченности ?
Э	-	Контроль результатов лечения проводят через 14 дней после окончания курса на основании микроскопического, культурального метода, методов амплификации РНК (NASBA); на

		основании методов амплификации ДНК (ПЦР) – через 4 недели. При отрицательных результатах обследования пациентка дальнейшему наблюдению не подлежит.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но необходимо дополнительно проведение провокационных проб.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	004
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на обильные гнойные, сливкообразные выделения из половых путей, нарушения мочеиспускания, появившиеся сразу после менструации. В предыдущем месяце был незащищенный половой контакт со случайным партнером. Из анамнеза: менархе с 14 лет, менструации по 4 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние менструации начались 6 дней назад. Половая жизнь с 17 лет, в браке. Беременностей -3 Роды- 2 Аборт-1 . Контрацепция: КОК - Ярина . Гинекологические заболевания : Хронический сальпингоофорит, последнее обострение 1 год назад. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружное отверстие уретры гиперемировано, отечно, со слизисто-гнойным отделяемым.</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна. На шейке матки дефект эпителия в виде красного пятна, с резко очерченными краями, дно покрыто гнойным налетом. Выделения гнойные, серые, сливкообразные.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды свободные.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполовых путей, свежая, острая
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб больной на обильные гнойные, сливкообразные выделения из половых путей, нарушения мочеиспускания, появившиеся сразу после менструации . Данные анамнеза: в предыдущем месяце – незащищенный половой акт со случайным партнером .Данных

		<p>осмотра- Наружное отверстие уретры гиперемировано, отечно, со слизисто-гнойным отделяемым.</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна. На шейке матки дефект эпителия в виде красного пятна, с резко очерченными краями, дно покрыто гноевидным налетом. Выделения гноевидные, серые, сливкообразные.</p> <p>Длительность и выраженность клинических проявлений заболевания указывают, что заболевание свежее и острое.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторных исследований.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: 1) Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал, с целью подтверждения диагноза и выявления диплококков.</p> <p>2) Культуральное исследование с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (оксидазный тест и тестовые задания ферментации сахаров) с определением чувствительности гонококков к antimicrobial препаратам.</p> <p>3) Молекулярно-биологическое исследование: обнаружение ДНК и/или РНК <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Trichomonas vaginalis</i>, <i>Chlamidia trachomatis</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i>, <i>Ureaplasma parvum/ urealiticum</i> с целью подтверждения диагноза и исключения других ИППП и инфекций, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами.</p> <p>4) Серологическое обследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Лечение данного заболевания заключается в:
Э	-	антибактериальная терапия –цефалоспорины III поколения (цефтриаксон или цефиксим): цефтриаксон внутримышечно 0,5 г

		однократно; цефиксим внутрь 0,4 г однократно. Альтернативная терапия: аминогликозиды - спектиномицин внутримышечно 2 г однократно. Одновременное лечение половых партнёров является обязательным.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не хватает еще других групп препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Когда проводится контроль излеченности ?
Э	-	Установление излеченности гонококковой инфекции (через 14 дней после окончания терапии) проводится на основании культурального метода исследования. При отрицательных результатах обследования пациентка дальнейшему наблюдению не подлежит.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но не хватает других вариантов провокационных проб.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина 38 лет по поводу выделений. В прошлом году дважды было выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки: атипии клеток не выявлено, ВПЧ тест позитивный, дважды выявлен ВПЧ высокого онкогенного риска (16 тип). Лечения по поводу заболеваний шейки матки не было. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, вне брака. Беременностей - 7 . Роды - 1. Аборты - 6 . Контрацепция: барьерный метод - презерватив. Гинекологические заболевания: Ранее лечилась по поводу гонореи, контроль отрицательный. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ. Курит.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружные половые органы без особенностей.</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища розового цвета, на шейке матки – локальное изменение эпителиального покрова на задней губе, диаметром 1,5 см.</p> <p>Выделения слизистые, умеренные.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды свободные.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	LSIL

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какой метод исследования необходимо провести в первую очередь, с целью подтверждения диагноза.
Э	-	Необходимо провести цитологическое исследование эпителия шейки матки.
P2	-	Ответ верен.
P1	-	Ответ верен, но возможно вместо цитологического исследования выполнить вирусологическое исследование.
P0	-	Ответ неверен.
В	3	Составьте план обследования пациента.
Э	-	После цитологического исследования необходимо выполнение кольпоскопического исследования эпителия шейки матки с прицельной биопсией.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако необходимо еще вирусологическое исследование.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	При гистологическом заключении биопсийного материала: HSIL дальнейшее лечение включает:
Э	-	показана экцизия шейки матки с минимальным термическим повреждением материала для последующего качественного гистологического исследования.
P2	-	Ответ верен.
P1	-	Ответ верен, но возможно оставить пациентку под динамическим наблюдением и повторить данные методы исследования через 6 месяцев.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	После деструктивных методов и хирургического лечения осмотр шейки матки и кольпоскопию проводят через
Э	-	6-8 недель
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но возможно проведение контроля через год.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка , 25 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,0С. Считает себя больной в течение трех дней, когда появились тянущие боли внизу живота, слабость, повышение температуры до 38,0 С. Принимала но-шпу, спазмалгон, парацетамол - без выраженного положительного

эффекта. В связи с усилением болей вызвала СМП, госпитализирована в стационар.
 Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние менструации - в срок, начались 7 дней назад.
 Половая жизнь с 19 лет, в браке.
 Контрацепция: не предохраняется.
 Гинекологические заболевания отрицает.
 Беременность II, Роды-I (без осложнений), Аборты-I (без осложнений)
 Хронические заболевания: Хронический гастрит.
 Перенесенные операции: 2010 год - лапароскопическая аппендэктомия.
 Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.
 Объективно:
 Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела на момент осмотра 37,7С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей скудные, гнойные.
 Гинекологический осмотр:
 PS: Слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений.
 PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненно. Придатки с обеих сторон тяжисты, резко болезненны при пальпации. Своды свободные.
 Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови:

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	11,8	10 ⁹ /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Эритроциты	4,1	10 ¹² /л
Гемоглобин	120	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг

Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л	
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%	
Количество тромбоцитов	320	10 ⁹ /л	
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл	
Тромбокрит	0,258	10 ² л/л	
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%	
Лейкоцитарная формула (микроскопия)			
Нейтрофилы палочкоядерные	18	%	
Нейтрофилы сегментоядерные	73	%	
Лимфоциты	5	%	
Моноциты	4	%	
2. Общий анализ мочи			
Показатель	Результат	Единицы измерения	
Глюкоза	Норма	ммоль/л	
Белок	+ (0.1г/л)	г/л	
Билирубин	-	мкмоль/л	
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л	
РН	5,0		
Кровь	-	мг/л	
Кетоны	-	мг/л	
Нитриты	-		
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл	
Прозрачность	Прозрачная		
Удельный вес	1,016		
Цвет	Светло-желтый		
3. Биохимический анализ крови			
Показатель	Результат	Единицы измерения	
Общий белок	70	г/л	
АЛТ	21	Ед/л	
АСТ	30	Ед/л	
Билирубин общий	16	мкмоль/л	
Глюкоза	4,3	ммоль/л	
Креатинин	48	мкмоль/л	
Мочевина	5,0	ммоль/л	
4. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.			
Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная

		Слизь	Скудная	умеренная	скудная
		Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поле зрения
		Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
		Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	поле зрения Плоские единичные в поле зрения
		<p>5. Цитологический мазок Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p> <p>6. УЗИ органов малого таза: Матка размерами 5,34,05,0 см, структура миометрия однородная. Эндометрий 0,4 см. Правый яичник 2,92,1 см, левый яичник 2,62,0 см. За маткой незначительное количество свободной жидкости.</p>			
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.			
Э	-	Острый двухсторонний сальпингоофорит			
P2	-	Диагноз поставлен верно.			
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.			
P0	-	Диагноз поставлен неверно.			
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.			
Э	-	Диагноз острый двухсторонний сальпингоофорит установлен на основании жалоб больной на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,0С, данных анамнеза (контрацепция: не предохраняется, связь ухудшения с менструациями, увеличение количества вагинальных выделений), данных гинекологического осмотра : придатки с обеих сторон тяжисты, резко болезненны при пальпации, данных лабораторных методов исследования (лейкоцитоз в крови, повышения лейкоцитов в мазке на флору), данных УЗИ.			
P2	-	Диагноз обоснован верно.			
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:			
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.			
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.			
Э	-	Пациентке рекомендовано: гинекологический осмотр с целью выявления стандартных признаков воспаления: напряжение мышц в нижней части живота, усиление болезненности при гинекологическом осмотре, увеличение придатков с одной стороны или с обеих сторон, выраженное усиление боли при попытке смещения шейки матки вверх, проведение клинического			

		и биохимического анализов крови для оценки воспалительных проявлений (повышений лейкоцитов в крови, ускорение СОЭ, изменения в биохимическом анализе крови); исследование цитологического мазка и микробиоценоза из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал для проверки степени чистоты мазка и обнаружения микробов, которые могли стать причиной сальпингоофорита, ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреоплазмы), бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам, УЗ-исследование органов малого таза для оценки области придатков и исключения осложненных форм заболевания.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе :
Э	-	Бактериальный посев из цервикального канала с определением чувствительности к антибиотикам, ПЦР-диагностика инфекций, назначение антибактериальной терапии широкого спектра действия совместно с антианаэробными препаратами (метронидазол, тенидазол, орнидазол), спазмолитическая терапия: но-шпа.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно
V	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	1. Холод на низ живота 2. Антибактериальная терапия (а/б широкого спектра действия совместно с антианаэробными препаратами (метронидазол, тенидазол, орнидазол) в течение 7-10 дней 3. Инфузионная, спазмолитическая терапия 4. Противовоспалительная терапия (НПВС - свечи Диклофенак, Индометацин ректально) 5. Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи через 7 дней после начала терапии
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	007						
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ						
У	-	<p>Пациентка, 48 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 38-38,9 С с ознобом, гнойные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение последних трех недель, когда появились тянущие боли внизу живота, периодические подъемы температуры тела до 37,2-37,5 С, к врачу не обращалась, принимала но-шпу, пенталгин - с незначительным положительным эффектом. В связи с усилением болей, повышением температуры тела до 39,0 С, появлением озноба, вызвала СМП, госпитализирована в стационар. Последний осмотр гинеколога 15 лет назад.</p> <p>Гинекологический анамнез: менархе в 12 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние менструации – 3 недели назад.</p> <p>Беременности-III, Роды-I (без осложнений), Аборты-II (без осложнений).</p> <p>Половая жизнь с 18 лет, в браке. Имеет 2-х половых партнеров. Контрацепция: ВМК в течение последних 15 лет.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Хронические заболевания: отрицает.</p> <p>Перенесенные операции: отрицает.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, пульс 96/мин, АД 110/70 мм рт ст. ЧДД - 19. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы слабо положительные в нижних отделах живота. Перистальтика выслушивается. Стул однократный, жидкий 12 часов назад. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>PS: Стенки влагалища гиперемированы, эпителий шейки матки покрыт визуально неизменным эпителием. Из цервикального канала свисают нити ВМК. Выделения гнойные, обильные</p> <p>PV: Шейка матки цилиндрической формы. Матка нормальных размеров и формы, плотная, подвижная, безболезненная. Справа придатки не увеличены, тяжисты, умеренно болезненны при пальпации. Слева от матки пальпируется образование 8 x7x7 см, ограниченно подвижное, болезненное при пальпации. Движения за шейку матки болезненны.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>1. Клинический анализ крови</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>15,0</td> <td>10⁹/л</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Единицы измерения	Лейкоциты	15,0	10 ⁹ /л
Показатель	Результат	Единицы измерения						
Лейкоциты	15,0	10 ⁹ /л						

Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	$10^9/л$
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	$10^9/л$
Моноциты, абсолютное количество	0,3	$10^9/л$
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	$10^9/л$
Базофилы, абсолютное количество	0,1	$10^9/л$
Эритроциты	4,0	$10^{12}/л$
Гемоглобин	125	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	255	$10^9/л$
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	$10^2 л/л$
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	13	%
Нейтрофилы сегментоядерные	67	%
Лимфоциты	19	%
Моноциты	1	%
2. Биохимический анализ крови		
Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л
3. Общий анализ мочи		
Показатель	Результат	Единицы измерения

		Глюкоза	Норма	ммоль/л
		Белок	+ (0.1г/л)	г/л
		Билирубин	-	мкмоль/л
		Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
		РН	5,0	
		Кровь	-	мг/л
		Кетоны	-	мг/л
		Нитриты	-	
		Лейкоциты	+	мкл
		Прозрачность	Прозрачная	
		Удельный вес	1,020	
		Цвет	Светло-желтый	
		4. Микробиоценозиз трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.		
		Наименование теста	Влагалище	Уретра
		Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена
		Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена
		Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная
		Слизь	скудная	умеренная
		Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные
		Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены
		Гонококки	Не обнаруж	ны Не обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		5.УЗИ органов малого таза: Матка 424454 мм. Миометрий неоднородный, эндометрий 1,1см. В полости матки лоцируется ВМК. Правый яичник 3,32,7 см. Левый яичник 8,37,0 см с близко прилегающей маточной трубой, содержащей в просвете гипохогенную жидкость около 7 мл (гной), контуры неровные. В структуре левого яичника анэхогенные образования диаметром 30-33 мм до 3 в эхосрезе. За маткой свободная жидкость в количестве около 100 мл.		
		6. Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.		
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.		

Э	-	Острый эндометрит. Обострение хронического двухстороннего сальпингооофорита с формированием tuboовариального образования слева на фоне ВМК. Осложнение: Пельвиоперитонит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Острый эндометрит. Обострение хронического двухстороннего сальпингооофорита с формированием tuboовариального образования слева на фоне ВМК. Осложнение: Пельвиоперитонит. Диагноз установлен на основании жалоб больной на боли внизу живота, повышение температуры до 38-38,9 С с ознобом, гнойные выделения из половых путей, данных анамнеза (последний осмотр гинеколога 15 лет назад, Имеет 2-х половых партнеров, контрацепция: ВМК в течение последних 15 лет), данных объективного осмотра: состояние средней тяжести, живот вздут, болезненный в нижних отделах, перитонеальные симптомы слабо положительные в нижних отделах живота, стул однократный, жидкий 12 часов назад, данных гинекологического осмотра : шейка матки цилиндрической формы. Матка нормальных размеров и формы, плотная, подвижная, безболезненная. Справа придатки не увеличены, тяжисты, умеренно болезненны при пальпации. Слева от матки пальпируется образование 8 x7x7 см, ограничено подвижное, болезненное при пальпации. Движения за шейку матки болезненны, данных лабораторных методов исследования (лейкоцитоз, нейтрофилез в крови, повышения лейкоцитов в мазке на флору), данных УЗИ. В полости матки лоцируется ВМК. Правый яичник 3,32,7 см. Левый яичник 8,37,0 см с близко прилегающей маточной трубой, содержащей в просвете гипохогенную жидкость около 7 мл (гной), контуры неровные. В структуре левого яичника анэхогенные образования диаметром 30-33 мм до 3 в эхосреде. За маткой свободная жидкость в количестве около 100 мл.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: гинекологический осмотр с целью выявления стандартных признаков воспаления: напряжение мышц в нижней части живота, усиление болезненности при гинекологическом осмотре, увеличение придатков с одной стороны или с обеих сторон, выраженное усиление боли при попытке смещения шейки матки вверх, проведение клинического и биохимического анализов крови для оценки воспалительных проявлений (повышений лейкоцитов в крови, ускорение СОЭ, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, изменения в

		биохимическом анализе крови); исследование цитологического мазка и микробиоценоза из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал для проверки степени чистоты мазка и обнаружения микробов, которые могли стать причиной сальпингофорита, ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреоплазмы), бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам, УЗ-исследование органов малого таза для оценки области придатков. Удаление ВМК, взятие цитологического мазка - отпечатка.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Профилактика на догоспитальном этапе:
Э	-	1.Лечение (своевременное и квалифицированное) любых заболеваний органов малого таза 2.Использование барьерных средств контрацепции, своевременное удаление ВМК. 3.Полное исключение случайных сексуальных контактов 4.Регулярное (2 раза в год) посещение гинеколога. 5.Соблюдение норм интимной и личной гигиены.
P2	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана полностью верно
P1	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не полностью
P0	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не верно
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	1.Удаление ВМК, взятие цитологического мазка - отпечатка. 2.Нижнесрединная лапаротомия. Экстирпация матки с левыми придатками и правой маточной трубой. Ревизия, санация и дренирование брюшной полости. 3.Антибактериальная терапия (цефтриаксон, цефотаксим) 4.Противопротазойные препараты с антибактериальной активностью (метрогил) 5.Инфузионная, спазмолитическая терапия 6.Противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Идометацин) 7.Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.

Р0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
		<p>Пациентка, 36 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38-38,5 С с ознобом, сливкообразные обильные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение двух дней, когда сразу после менструации появились выделения и постепенно усиливающиеся боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37.5С. К врачу не обращалась, принимала но-шпу, пенталгин - с незначительным положительным эффектом. В связи с ухудшением самочувствия, повышением температуры тела с ознобом, вызвала СМП, госпитализирована в стационар. Из анамнеза известно, что три недели назад имела место незащищенная случайная половая связь.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 3 дня через 28 дней, регулярные, умеренные, болезненные. Последние менструации начались в срок, 5 дней назад. Половая жизнь с 17 лет, вне брака.</p> <p>Контрацепция: презерватив (не всегда).</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Беременность II , Роды-I (без осложнений), Аборты-I (без осложнений)</p> <p>Хронические заболевания: отрицает.</p> <p>Перенесенные операции: отрицает.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пульс 86/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот подвздут, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища гиперемирована, эпителий шейки матки покрыт визуальным неизменным эпителием. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.</p> <p>РV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки болезненные. Тело матки нормальных размеров, плотное. Придатки утолщены, отчетливо не контурируются из-за резкого напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный при пальпации.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>1. Клинический анализ крови</p>

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	18,	$10^9/л$
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	$10^9/л$
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	$10^9/л$
Моноциты, абсолютное количество	0,3	$10^9/л$
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	$10^9/л$
Базофилы, абсолютное количество	0,1	$10^9/л$
Эритроциты	4,0	$10^{12}/л$
Гемоглобин	125	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	255	$10^9/л$
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбоцит	0,258	$10^{12}/л$
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	18	%
Нейтрофилы сегментоядерные	73	%
Лимфоциты	5	%
Моноциты	4	%
2. Биохимический анализ крови		
Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креат	нин 48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л
3. Общий анализ мочи		
Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л

		Белок	+ - (0.1г/л)	г/л	
		Билирубин	-	мкмоль/л	
		Уробилиноген	Норма	мкмоль/л	
		РН	5,0		
		Кровь	-	мг/л	
		Кетоны	-	мг/л	
		Нитриты	-		
		Лейкоциты	+++	мкл	
		Прозрачность	Прозрачная		
		Удельный вес	1,020		
		Цвет	Светло-желтый		
4. Микробиоценозиз трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.					
		Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
		Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
		Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
		Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
		Слизь	скудная	умеренная	скудная
		Лейкоциты	50-100 в поле зрения	10-20	Покрывают все поле зрения
		Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
		Гонококки	обнаружены	обнаружены	обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
5. УЗИ органов малого таза: Матка 5,43,65.2 см, миометрий однородный, эндометрий 7 мм. Правый яичник 2,72,5 см, левый яичник 2,12,0 см. Маточные трубы лоцируются, содержат жидкость. За маткой умеренное количество свободной жидкости гипоэхогенной эхоструктуры (гной).					
6.Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.					
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.			
Э	-	Острый двухсторонний сальпингоофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит.			
P2	-	Диагноз поставлен верно.			
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.			
P0	-	Диагноз поставлен неверно.			

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Острый двухсторонний сальпингооофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит. Диагноз установлен на основании жалоб больной - боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38-38,5 С с ознобом, сливкообразные обильные выделения из половых путей, данных анамнеза (три недели назад имела место незащищенная случайная половая связь, связь ухудшения с менструациями), данных объективного осмотра: состояние средней тяжести, пульс 86/мин, АД 110/70 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот подвздут, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах, данных гинекологического осмотра: шейка матки цилиндрической формы, трaкции за шейку матки болезненные. Тело матки нормальных размеров, плотное. Придатки утолщены, отчетливо не контурируются из-за резкого напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный при пальпации, данных лабораторных методов исследования (лейкоцитоз, нейтрофилез в крови, повышения лейкоцитов в мазке на флору, Гн +), данных УЗИ. Маточные трубы лоцируются, содержат жидкость. За маткой умеренное количество свободной жидкости гипоэхогенной эхоструктуры (гной).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке рекомендовано: гинекологический осмотр с целью выявления стандартных признаков воспаления: напряжение мышц в нижней части живота, усиление болезненности при гинекологическом осмотре, увеличение придатков с одной стороны или с обеих сторон, выраженное усиление боли при попытке смещения шейки матки вверх, проведение клинического и биохимического анализов крови для оценки воспалительных проявлений (повышений лейкоцитов в крови, ускорение СОЭ, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, изменения в биохимическом анализе крови); исследование цитологического мазка и микробиоценоза из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал для проверки степени чистоты мазка и обнаружения микробов, которые могли стать причиной воспаления, ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреаплазмы), бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам, УЗ-исследование органов малого таза для оценки области придатков.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или

		Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Профилактика на догоспитальном этапе:
Э	-	1.Лечение (своевременное и квалифицированное) любых заболеваний органов малого таза 2.Использование барьерных средств контрацепции. 3.Полное исключение случайных сексуальных контактов 4.Регулярное (2 раза в год) посещение гинеколога. 5.Соблюдение норм интимной и личной гигиены.
P2	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана полностью верно
P1	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не полностью
P0	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не верно
V	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	1. Антибактериальная терапия (цефтриаксон, цефотаксим) 2. Противопротозойные препараты с антибактериальной активностью (метрогил) 3. Инфузионная, спазмолитическая терапия 4. Противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Идометацин) 5. Холод на низ живота 6. Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи 7. Лечение полового партнера
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	009
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 34 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на тянущие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, озноб с повышением температуры до 38,5-39 С, обильные сливкообразные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение трех дней, когда после менструации появились выделения из половых путей и постепенно усиливающиеся боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37.5С. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала спазмолитические и анальгезирующие препараты - с незначительным положительным эффектом. В связи с ухудшением самочувствия, повышением температуры тела с

ознобом, вызвала СМП, госпитализирована в стационар. Из анамнеза известно, что три недели назад – смена полового партнера, контрацепция - прерванный половой акт.

Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 3 дня через 28 дней, регулярные, умеренные, болезненные. Последняя менструация началась в срок, 7 дней назад.

Гинекологические заболевания отрицает. Беременности – 2, Роды - 1 (самопроизвольные, без осложнений). Аборты – 1 (медикаментозное прерывание беременности на сроке 6 недель, без осложнений). Половая жизнь с 17 лет, вне брака. Контрацепция: барьерная - презерватив (периодически), прерванный половой акт (периодически). Хронические заболевания: отрицает.

Перенесенные операции: отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пульс 96 ударов в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах.

Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

Гинекологический осмотр:

В зеркалах: Слизистая влагалища гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Слизистая влагалищной части шейки матки визуалью не изменена.

Выделения из цервикального канала гнойные, обильные. PV: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, умеренно чувствительно при пальпации. Пальпация правых и левых придатков затруднена из-за выраженной болезненности, придатки отчетливо не контурируются. Пальпация области малого таза затруднена вследствие выраженного напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный при пальпации. Тракции за шейку матки резко болезненные.

Данные клинико-лабораторного обследования:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	18,	00 10 ⁹ /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Эритроциты	4,0	10 ¹² /л
Гемоглобин	125	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Количество тромбоцитов	255	10 ⁹ /л

Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	18	%
Нейтрофилы сегментоядерные	73	%
Лимфоциты	5	%
Моноциты	4	%

2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креат	нин 48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

3. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
РН	5,0	
Кровь	-	мг/л
Кетоны	-	мг/л
Нитриты	-	
Лейкоциты	+++	мкл
Прозрачность	Прозрачная	
Удельный вес	1,020	
Цвет	Светло-желтый	

4. Микробиоценоз из трех точек (цервикальный канал, влагалище, уретра)

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	50-100 в поле зрения	10-20	Покрывают все поле зрения
Грибы	Не	Не	Не

			обнаружены	обнаружены	обнаружены
		Гонококки	обнаружены	обнаружены	обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		<p><u>УЗИ органов малого таза:</u> Матка 544248 мм, миометрий однородный, эндометрий 8 мм, однородный, без патологических включений. Правый яичник 322523 мм, контуры нечеткие, левый яичник 272120 мм. Визуализируются расширенные маточные трубы до 1,5 см, с однородным анэхогенным содержимым. В малом тазу умеренное количество свободной жидкости гипоэхогенной структуры (выпот).</p>			
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.			
Э	-	Острый двусторонний сальпингоофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит. ОАА.			
P2	-	Диагноз поставлен верно.			
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.			
P0	-	Диагноз поставлен неверно.			
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.			
Э	-	<p>Диагноз: Острый двусторонний сальпингоофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании жалоб больной: боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, озноб с повышением температуры до 38,5-39 С, сливкообразные обильные выделения из половых путей - на основании данных анамнеза: три недели назад: смена полового партнера, начало после окончания менструации, контрацепция - прерванный половой акт - на основании данных объективного осмотра: состояние средней тяжести, пульс 86/мин, АД 115/75 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах, данных гинекологического осмотра: правые и левые придатки тяжистые, отчетливо не контурируются в связи с напряжением передней брюшной стенки, резко болезненные тракции за шейку матки, задний свод влагалища нависает, болезненный при пальпации. - на основании данных лабораторного обследования (лейкоцитоз в крови, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), в мазке на флору gN (+) и повышение лейкоцитов, - данных УЗИ органов малого таза: визуализируются расширенные маточные трубы с гипоэхогенным жидкостным содержимым, наличие свободной жидкости в малом тазу в умеренном количестве 			
P2	-	Диагноз обоснован верно.			
P1	-	Диагноз обоснован не полностью			
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.			

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки
Э	-	Пациентке рекомендовано дополнительно - бактериологическое исследование мазка из цервикального канала и определение чувствительности к антибиотикам (выявление условно-патогенной микрофлоры) - ПЦР-диагностика на инфекции, передающиеся половым путем: хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека Дополнительное обследование для выявления условно-патогенной флоры и ИППП с определением чувствительности к антибиотикам позволяет уточнить правильность выбора антибактериальной терапии.
P2	-	Объем обследования и обоснование указано полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования и обоснование указан полностью неверно.
В	4	Какова профилактика данной патологии?
Э	-	1. Использование барьерных средств контрацепции при случайных половых контактах. 2. Своевременное выявление и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза (нижних и верхних отделов) 3. Регулярное (1 раз в год) посещение гинеколога. 4. Соблюдение норм интимной и личной гигиены.
P2	-	Профилактика указана полностью верно
P1	-	Профилактика указана не полностью
P0	-	Профилактика указана полностью неверно
В	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение: - антибактериальной терапии с использованием антибактериальных препаратов широкого спектра действия (Цефтриаксон, Цефотаксим) с добавлением противопротозойных препараты с антибактериальной активностью (Метрогил) - инфузионная терапия - противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Индометацин) Контроль лечения: бактериологическое обследование, клинический анализ крови, УЗИ органов малого таза. После купирования острого воспалительного процесса – проведение физиотерапии. Обследование, лечение полового партнера
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у	-	<p>Пациентка, 30 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота, во влагалище, иррадиирующие в прямую кишку, задний проход, промежность, которые усиливаются накануне менструации; резко болезненные менструации с потерей трудоспособности, боли при половой жизни, дискомфорт при дефекации, бесплодие. Данные жалобы беспокоят в течение последних 5 лет.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 5-6 дней через 28-30 дней, регулярные, обильные, болезненные. Последние менструации начались в срок, 12 дней назад.</p> <p>Половая жизнь с 20 лет, в браке.</p> <p>Контрацепция: не предохраняется, не беременеет, муж обследован — здоров.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Беременность- 0</p> <p>Хронические заболевания: отрицает.</p> <p>Перенесенные операции: отрицает.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,6 С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей слизистые, небольшие.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без воспалительных изменений. В заднем своде определяются включения сине-багрового цвета.</p> <p>РV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не изменены. В позадишеечном пространстве при вагинальном и ректальном исследовании пальпируется плотное образование размерами около 3х4 см, без четких контуров, малоподвижное, резко болезненное. Пальпация области крестцово-маточных связок резко болезненна. Движения за шейку матки болезненны. Параметрии без патологических изменений.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>1. Клинический анализ крови</p> <table border="1" data-bbox="517 1693 1457 2040"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>6,3</td> <td>10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы общие</td> <td>81,3</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>13,6</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>3,1</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы</td> <td>1,4</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Базофилы</td> <td>0,6</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы, абсолютное количество</td> <td>7,4</td> <td>10⁹/л</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Единицы измерения	Лейкоциты	6,3	10 ⁹ /л	Нейтрофилы общие	81,3	%	Лимфоциты	13,6	%	Моноциты	3,1	%	Эозинофилы	1,4	%	Базофилы	0,6	%	Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л
Показатель	Результат	Единицы измерения																								
Лейкоциты	6,3	10 ⁹ /л																								
Нейтрофилы общие	81,3	%																								
Лимфоциты	13,6	%																								
Моноциты	3,1	%																								
Эозинофилы	1,4	%																								
Базофилы	0,6	%																								
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л																								

Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Эритроциты	4,1	10 ¹² /л
Гемоглобин	115	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	300	10 ⁹ /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 ² л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоциты	14	%
Моноциты	9	%

2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

3. Микробиоценозис трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	Обнаружена	Не обнаружена	обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	Скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поле зрения
Грибы	Не	Не	Не

			обнаружены	обнаружены	обнаружены
		Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		<p>4. Цитологический мазок Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p> <p>5. УЗИ органов малого таза: Матка размерами 5,54,25,0 см, структура миометрия однородная. Эндометрий 1,1 см. По задней стенке эндоцервикса 3 гипоехогенных образования диаметром 2-3 мм. Правый яичник 2,92,1 см, левый яичник 2,62,0 см. По задней стенке влагалища определяется образование неоднородной эхоструктуры с четкими, неровными контурами, размером 4,0x5,1x2,0 см. За маткой незначительное количество свободной жидкости.</p> <p>6. Колонофиброскопия: Наружный осмотр: выявил геморроидальные узлы в спавшемся состоянии. Сфинктер нормотоничен. Внутренний геморрой - нет. Патологических изменений слизистой оболочки кишечника нет. Заключение: Наружный геморрой.</p>			
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.			
Э	-	Ретроцервикальный эндометриоз. НГЭ. Цервицит. Кольпит Первичное бесплодие Анемия легкая. Наружный геморрой.			
P2	-	Диагноз поставлен верно.			
P1	+	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.			
P0	-	Диагноз поставлен неверно.			
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.			
Э	-	<p>Диагноз ретроцервикальный эндометриоз, НГЭ, первичное бесплодие установлен:</p> <p>- на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, во влагалище, иррадиирующие в прямую кишку, задний проход, промежность, обращает на себя внимание усиление выше перечисленных жалоб накануне менструации, резко болезненные менструации с потерей трудоспособности, боли при половой жизни, дискомфорт при дефекации (при выполнении ФКС данных за патологические изменения слизистой оболочки кишечника не получено), бесплодие (беременность не наступает в течение последних 10 лет регулярной половой жизни без использования контрацепции, муж обследован- здоров).</p> <p>- на основании данных гинекологического осмотра (при осмотре в зеркалах в заднем своде определяются образования синевато-багрового цвета; при вагинальном и ректальном исследовании в</p>			

		<p>позадишеечном пространстве пальпируется плотное образование размерами около 3x4 см, без четких контуров, малоподвижное, резко болезненное)</p> <p>- на основании данных УЗИ (по задней стенке влагалища определяется образование неоднородной эхоструктуры с четкими, неровными контурами, размером 4,0x5,1x2,0 см)</p> <p>Цервицит поставлен на основании бактериоскопии – в цервикальном канале лейкоциты покрывают все поле зрения. Кольпит - при бактериоскопии – лейкоцитов до 100 Анемия легкая – гемоглобин – 115 г/ л Наружный геморрой – по результатам ФКС</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ крови – СА-125 2. Кольпоскопия 3. Обследование на ИППП методом ПЦР 4. УЗИ молочных желез 5. МРТ малого таза 6. Лапароскопия с диагностической и лечебной целями. <p>Иссечение очагов ретроцервикального эндометриоза с гистологическим исследованием, адгезиолизис, коагуляция очагов НГЭ. Оценка проходимости маточных труб.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Профилактика на догоспитальном этапе
Э	-	Рекомендованы регулярные профилактические осмотры гинекологом, ежегодное выполнение УЗИ органов малого таза, фолликулометрия, контроль анализа крови и бактериоскопии, коррекция анемии, лечение геморроя, при выявлении инфекций – проведение лечения.
P2	-	Профилактические мероприятия указаны верно
P1	-	Профилактические мероприятия указаны не полностью
P0	-	Профилактические мероприятия указаны не верно
V	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	После выполнения лапароскопии и при подтверждении предоперационного диагноза и стадии заболевания: Ретроцервикальный эндометриоз. НГЭ, пациентке показано проведение гормональной терапии – монотерапия прогестагенами – диеногест или агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона 6 месяцев, затем проведение прегравидарной подготовки при

		проходимых маточных трубах. Отсутствие беременности в течение 6 месяцев – направление на ЭКО. В случае выявления непроходимости маточных труб во время лапароскопии – после гормональной терапии в течение 6 месяцев – рекомендовать ЭКО.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
		ОПК 5
H	-	011
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина 42 лет с жалобами на умеренные светлые выделения из половых путей. Из анамнеза известно, что в прошлом году дважды было выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки: атипии клеток не выявлено; дважды проводилось вирусологическое исследование на ВПЧ – тест положительный (выявлен ВПЧ высокого онкогенного риска (16 тип).</p> <p>Лечение не проводилось. Было рекомендовано динамическое наблюдение.</p> <p>Гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации регулярные, через 28-30 дней, по 5-7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, вне брака.</p> <p>Беременностей - 7. Роды – 1 (срочные самопроизвольные роды, без осложнений). Аборты - 6 (на сроках беременности до 7 недель, без осложнений). Контрацепция: барьерный метод - презерватив.</p> <p>Гинекологические заболевания: 10 лет назад лечилась по поводу гонококковой инфекции (контроль лечения – негативный).</p> <p>Хронические заболевания: отрицает. Курит в течение 15 лет.</p> <p>Объективный осмотр: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания поясницы с обеих сторон отрицательный.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный. В области задней губы шейки матки определяется локальное изменение слизистой, с участками очаговой гиперплазии эпителия диаметром до 1,0 см. Выделения слизистые, умеренные. При проведении пробы Шиллера выявлено неравномерное окрашивание шейки матки, йоднегативная зона в области задней губы.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Влагалищные своды свободные.</p>
V	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	LSIL. ОАГА. Носительство ВПЧ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какой метод исследование необходимо провести в первую очередь для подтверждения диагноза?
Э	-	Для верификации диагноза показано проведение цитологического исследования мазков шейки матки,
P2	-	План обследования сформулирован полностью верно.
P1	-	План обследования сформулирован верно, но не полностью:
P0	-	План обследования сформулирован полностью неверно.
B	3	Составьте план дополнительного обследования пациентки
Э	-	После получения результатов цитологического исследования необходимо проведение расширенной кольпоскопии с прицельной биопсией пораженного участка шейки матки
P2	-	План обследования составлен полностью верно.
P1	-	План обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какова дальнейшая тактика ведения пациентки, если по данным гистологического исследования биоптата шейки матки выявлены клетки многослойного плоского эпителия в состоянии HSIL.
Э	-	Учитывая данные гистологического исследования биоптата шейки матки – HSIL (соответствует дисплазии средней, тяжелой степени, а также CIS), показана консультация онкогинеколога. С целью уточнения распространенности патологического процесса в пределах шейки матки, показано проведение конизации шейки матки, выскабливание цервикального канала с последующим гистологическим исследованием кони-биоптата шейки матки и соскоба из цервикального канала.
P2	-	Тактика ведения сформулирована полностью верно
P1	-	Тактика ведения сформулирована не полностью
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно
B	5	Какова дальнейшая тактика ведения, если по результату гистологического исследования конуса шейки матки и соскоба из цервикального канала – клетки многослойного плоского эпителия в состоянии HSIL, цилиндрический эпителий без атипии, края резекции шейки матки вне опухоли.
Э	-	Учитывая данные гистологического исследования – края резекции шейки матки вне опухоли, - показано динамическое наблюдение. Проведение цитологического исследования мазков шейки матки через 3 месяца. Учитывая наличие ВПЧ высокого онкогенного риска, показано проведение противовирусной, иммуностимулирующей терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.

Н	-	012																																	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ																																	
У		<p>В женскую консультацию обратилась пациентка 33 лет с жалобами на слабость, длительные, обильные, болезненные менструации, периодические боли при половой жизни. Данные жалобы беспокоят в течение последнего года. Лечится у терапевта по поводу железодефицитной анемии.</p> <p>Последний осмотр гинеколога 5 лет назад.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 14 лет, менструации по 7 через 21 день, регулярные, обильные, болезненные. Последние менструации начались в срок, 10 дней назад.</p> <p>Беременности-III, Роды-I, Аборты-II (в сроке 8/9 недель, последний осложнился эндометритом).</p> <p>Половая жизнь с 21 лет, в браке.</p> <p>Контрацепция: презерватив.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Хронические заболевания: отрицает.</p> <p>Перенесенные операции: отрицает.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно бледные. Температура тела 36,6 С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Выделения из половых путей слизистые, небольшие.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений.</p> <p>PV: Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Матка увеличена эквивалентно 8/9 недель беременности, округлая, мягковатая, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их проекции безболезненна. Своды свободные.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>1. Клинический анализ крови</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>6,5</td> <td>10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы общие</td> <td>81,3</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>13,6</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>3,1</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы</td> <td>1,4</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Базофилы</td> <td>0,6</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы, абсолютное количество</td> <td>7,4</td> <td>10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты, абсолютное количество</td> <td>1,2</td> <td>10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Моноциты, абсолютное количество</td> <td>0,3</td> <td>10⁹/л</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы, абсолютное количество</td> <td>0,1</td> <td>10⁹/л</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Единицы измерения	Лейкоциты	6,5	10 ⁹ /л	Нейтрофилы общие	81,3	%	Лимфоциты	13,6	%	Моноциты	3,1	%	Эозинофилы	1,4	%	Базофилы	0,6	%	Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л	Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л	Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л	Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Показатель	Результат	Единицы измерения																																	
Лейкоциты	6,5	10 ⁹ /л																																	
Нейтрофилы общие	81,3	%																																	
Лимфоциты	13,6	%																																	
Моноциты	3,1	%																																	
Эозинофилы	1,4	%																																	
Базофилы	0,6	%																																	
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л																																	
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л																																	
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л																																	
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л																																	

	Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л	
	Эритроциты	3,7	10 ¹² /л	
	Гемоглобин	99	г/л	
	Гематокрит	0,344	л/л	
	Средний объем эритроцита	76,5	фл	
	Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг	
	Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л	
	Распределение эритроцитов по объему	13,3	%	
	Количество тромбоцитов	320	10 ⁹ /л	
	Средний объем тромбоцитов	11,8	фл	
	Тромбокрит	0,258	10 ² л/л	
	Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%	
	Лейкоцитарная формула (микроскопия)			
	Нейтрофилы палочкоядерные	5	%	
	Нейтрофилы сегментоядерные	72	%	
	Лимфоциты	18	%	
	Моноциты	4	%	
	2. Биохимический анализ крови			
	Показатель	Результат	Единицы измерения	
	Общий белок	70	г/л	
	АЛТ	21	Ед/л	
	АСТ	30	Ед/л	
	Билирубин общий	16	мкмоль/л	
	Глюкоза	4,3	ммоль/л	
	Креатинин	48	мкмоль/л	
	Мочевина	5,0	ммоль/л	
	3. Микробиоценозиз трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.			
	Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
	Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
	Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
	Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
	Слизь	Скудная	умеренная	скудная
	Лейкоциты	5-7 в поле зрения	единичные	5-7 в поле зрения
	Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
	Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
	Эпителиальные клетки	Плоские единичные в	Плоские единичные в	Плоские единичные в

			поле зрения	поле зрения	поле зрения
					4. Цитологический мазок Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий. 5. УЗИ малого таза: Матка размерами 80x86x90 мм, структура миометрия ячеистая. Стенки матки неодинаковой толщины (передняя 28 мм, задняя 40 мм). Эндометрий 1,2 см, эхоструктура соответствует дню менструального цикла. Правый яичник 2,92,1 см, левый яичник 2,62,0 см.
В	1				Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-				Аденомиоз. НМЦ в репродуктивном периоде по типу ОМК. Хроническая постгеморрагическая анемия I степени.
P2	-				Диагноз поставлен верно.
P1	-				Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-				Диагноз поставлен неверно.
В	2				Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-				Диагноз: Аденомиоз. НМЦ в репродуктивном периоде по типу ОМК. Хроническая постгеморрагическая анемия I степени установлен: - на основании жалоб больной на слабость, длительные, обильные, болезненные менструации, приводящие к анемизации пациентки (уровень гемоглобина в клиническом анализе крови 99 г/л), периодические боли при половой жизни-диспареунию. - на основании данных гинекологического осмотра (матка увеличена эквивалентно 8/9 недель беременности, округлая, мягковатая, подвижная, безболезненная) - на основании данных УЗИ (матка увеличена в размерах до 80x86x90 мм, диффузно неоднородная эхоструктура миометрия (ячеистая), ассиметрия толщины передней и задней стенок матки: передняя 28 мм, задняя 40 мм).
P2	-				Диагноз обоснован верно.
P1	-				Диагноз обоснован не полностью:
P0	-				Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3				Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-				МРТ органов малого таза с целью уточнения локализации, формы и распространенности патологического процесса Гистероскопия для выявления косвенных признаков аденомиоза и состояния эндометрия с гистологическим исследованием УЗИ молочных желез Анализ крови на онкоантиген – СА-125
P2	-				План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-				План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Профилактика
Э	-	Рекомендованы регулярные профилактические осмотры гинекологом, ежегодное выполнение УЗИ органов малого таза и молочных желез, онкоцитология, анализ крови общий и коагулограмма, биохимический анализ крови. Измерение АД, контроль веса.
P2	-	Профилактические мероприятия указаны верно
P1	-	Профилактические мероприятия указаны не полностью
P0	-	Профилактические мероприятия указаны не верно
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хирургический метод лечения на данном этапе не показан, учитывая молодой возраст и впервые выявленное заболевание. 2. Гормональная терапия – по анамнезу и осмотру противопоказаний не выявлено – уточнить тромбофилический и наследственный анамнез <ul style="list-style-type: none"> -прогестагены – монотерапия – диеногест 6-12 месяцев или -Левоноргестрел-выделяющая внутриматочная система – Мирена – до 5-ти лет, если женщина не планирует беременность или -комбинированные эстроген-гестагенные препараты с диеногестом –Жанин, Силует в циклическом или лучше пролонгированном режиме – 63-7 <p>Лечение анемии препаратами железа – тотема или ферлатум 2 раза в сутки 1-2 месяца</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемное отделение стационара в экстренном порядке доставлена пациентка, 25 лет, с жалобами на тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,0С.</p> <p>Считает себя больной в течение трех дней, когда появились тянущие боли внизу живота, слабость, повышение температуры до 37,5 С. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу, спазмалгон, парацетамол - без положительного эффекта. В связи с усилением болевого синдрома вызвала бригаду СМП, в экстренном порядке госпитализирована в стационар.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации регулярные, через 28-32 дня, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – началась в срок, 10 дней назад.</p> <p>Половая жизнь с 19 лет, в браке.</p>

Контрацепция: не предохраняется.
 Гинекологические заболевания отрицает.
 Беременностей - 2, роды - 1 (срочные самопроизвольные роды без осложнений), аборт - 1 (выскабливание на сроке беременности 5-6 недель, без осложнений)
 Хронические заболевания: Хронический панкреатит с 2013 года (последнее обострение в 20-14 году).
 Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.
 Объективно: Состояние относительно удовлетворительное.
 Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела 37,7 С, пульс 88 в 1 мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы слабо положительные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.
 Гинекологический осмотр:
 В зеркалах: слизистая влагалища бледно-розовой окраски, без патологических образований. Шейка матки цилиндрической формы.
 Слизистая влагалищной части шейки матки бледно-розового цвета, без патологических изменений. Выделения из половых путей беловатые, обильные.
 PV: Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Пальпация придатков как справа, так и слева резко болезненная. Влагалищные своды свободные. Тракции за шейку матки умеренно болезненные.

Данные клинико-лабораторного обследования:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Эритроциты	4,1	10 ¹² /л
Гемоглобин	120	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Лейкоциты	13,8	10 ⁹ /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л

2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

3. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
РН	5,0	
Кровь	-	мг/л
Кетоны	-	мг/л
Нитриты	-	
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл
Прозрачность	Прозрачная	
Удельный вес	1,016	
Цвет	Светло-желтый	

4. Микробиоценоз из трех точек (цервикальный канал, влагалище, уретра)

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поле зрения
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в	поле зрения Плоские единичные в поле зрения

		УЗИ органов малого таза: Матка 433840 мм, миометрий однородный, эндометрий 7 мм, однородный, без патологических включений. Правый яичник 322523 мм, содержит 4-6 фолликулов диам 3-4 мм. Левый яичник 272120 мм, содержит 3-4 фолликула диам 4-6 мм. Контуры яичников нечеткие, Маточные трубы не расширены. В малом тазу незначительное количество свободной жидкости.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый двусторонний сальпингоофорит. ОАА. Хронический панкреатит (ремиссия).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Острый двусторонний сальпингоофорит установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больной – тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 С; - данных анамнеза: в течение 3-х дней тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела, отсутствие эффекта от спазмолитической терапии; - данных объективного осмотра: состояние удовлетворительное, температура тела 37,7 С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. - данных объективного осмотра: болезненность живота в нижних отделах, отсутствие перитонеальных симптомов; - гинекологического осмотра: пальпация придатков как справа, так и слева резко болезненная. Влагалищные своды свободные. Тракции за шейку матки умеренно болезненные. - данных лабораторного обследования: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево - данных УЗИ органов малого таза: наличие незначительного количества свободной жидкости в малом тазу, нечеткие контуры яичников, увеличение объема яичников (косвенные УЗ- признаки острого сальпингоофорита) <p>Диагноз: ОАА установлен на основании анамнеза (искусственный аборт)</p> <p>Диагноз: хронический панкреатит установлен на основании амнеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Каков объем дообследования для проведения дифференциальной диагностики?
Э	-	Острый сальпингоофорит необходимо дифференцировать с: острым аппендицитом, печеночной и почечной коликой. С целью проведения дифференциальной диагностики показано проведение УЗИ почек, КЗИ печени и желчного пузыря,

		консультация хирурга, консультация уролога.
P2	-	Дифференциальная диагностика, указана полностью верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика, указана указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Дифференциальная диагностика, указана полностью неверно.
V	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо провести пациентке
Э	-	Необходимо проведение: - бактериологического исследования мазка из цервикального канала с целью выявления возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам; - обследование на ИППП (ПЦР-диагностика хламидиоза, микоплазмоза, гонококка Нейсера, вируса простого герпеса, вируса папилломы человека)
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны полностью верно
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны полностью не верно
V	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение антибактериальной терапии с использованием препаратов широкого спектра действия (Цефтриаксон, Цефотаксим) с добавлением препаратов, обладающих активностью против анаэробных микроорганизмов (Метрогил) в/в капельно - Противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Индометацин) - Инфузионная терапия (кристаллоидные р-ры) После получения результатов бактериологического и ПЦР – исследования – возможна коррекция антибактериальной терапии с учетом выявленного возбудителя и чувствительности к антибиотикам. Динамическое наблюдение, контроль лечения – бактериологическое обследование, клинический анализ крови, УЗИ органов малого таза, гинекологический осмотр. После купирования острого воспалительного процесса – проведение физиотерапии. Обследование, лечение полового партнера
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
H	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка , 25 лет поступила в экстренном порядке в отделение гинекологии с жалобами на тянущие боли внизу живота. Считает себя больной в течение двух последних дней, когда появились выше указанные жалобы, к врачу не обращалась, со слов тест на

беременность положительный, УЗИ органов малого таза не выполнялось, анализ крови на ХГЧ не сдавала. В связи с усилением болей вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.

Гинекологический анамнез:

Менархе с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние месячные - (в срок).

Половая жизнь с 20 лет, в браке.

Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев.

Гинекологические заболевания отрицает

Аборты, выкидыши, роды в анамнезе отрицает.

Соматический анамнез:

Хронические заболевания:

Хронический пиелонефрит (последнее обострение 2 года назад).

Перенесенные операции: 2010 год- лапароскопическая аппендэктомия

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает

Объективно:

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 76/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, б/б во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей на момент осмотра светлые.

Гинекологический осмотр:

PS: шейка матки без патологических изменений, выделения из половых путей светлые.

PV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	6,8	10 ⁹ /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Эритроциты	4,1	10 ¹² /л
Гемоглобин	120	г/л

Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 ⁹ /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 ² л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоцит	14	%
Моноциты	9	%

2. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
РН	5,0	
Кровь	-	мг/л
Кетоны	-	мг/л
Нитриты	-	
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл
Прозрачность	Прозрачная	
Удельный вес	1,016	
Цвет	Светло-желтый	

3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

4. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	обнаружена	Не	обнаружена

			обнаружена	
		Трихомонада	Не обнаружена	Не обнаружена
		Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная
		Слизь	скудная	умеренная
		Лейкоциты	10-20 в поле зрения	единичные
		Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены
		Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		<p>5. Цитологический мазок Шейка матки- типический плоский эпителий Цервикальный канал- типический плоский и эндоцервикальный эпителий</p> <p>6. Мазок на гормональный фон: на уровне небольшой прогестероновой недостаточности</p> <p>7. УЗИ органов малого таза: В полости матки одно плодное яйцо вытянутой формы, эмбрион определяется, КТР- 0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), с/б +, отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,38 см, прозрачный. Правый яичник 2,72,0 см, левый яичник 2,61,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Локальные сокращения миометрия по передней стенке.</p>		
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.		
Э	-	Угрожающий выкидыш при беременности 6/7 недель Хронический пиелонефрит, ремиссия.		
P2	-	Диагноз поставлен верно.		
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.		
P0	-	Диагноз поставлен неверно.		
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.		
Э	-	<p>Диагноз Угрожающий выкидыш при беременности 6/7 недель Хронический пиелонефрит, ремиссия. установлен:</p> <p>- на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, тест на беременность положительный Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев.</p> <p>- на основании данных гинекологического осмотра (Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при</p>		

		пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные. - на основании данных УЗИ- В полости матки одно плодное яйцо вытянутой формы, эмбрион определяется, КТР- 0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), с/б +, отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,38 см, прозрачный. Правый яичник 2,72,0 см, левый яичник 2,61,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Локальные сокращения миометрия по передней стенке.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреаплазмы) Бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам Анализ крови на ХГЧ УЗИ беременности в динамике Анализ крови и мочи в динамике Анализ мочи на бактериурию Бактериальный посев мочи с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам УЗИ почек Анализ крови на ТТГ
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе :
Э	-	Обследование по наблюдению беременности - общие анализы крови – реакция Вассермана, ВИЧ, гепатиты В и С, биохимический анализ крови, коагулограмма и анализ мочи, на инфекции – краснуху, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, группа крови и резус-фактор и ХГЧ, УЗИ органов малого таза и почек, ЭКГ, диспансеризация - стоматолог, Лор, окулист, терапевт. Мазок на флору, онкоцитологию, гормональный фон, ПЦР на хламидии, микоплазму и уреаплазму, герпес, цитомегаловирус и папилломавирус 16 и 18 серотипы.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гормонотерапия (прогестерон 1%- 1,0 мл ежедневно внутримышечно, либо Дюфастон 40 мг однократно и далее по 10 мг каждые 8 часов, либо Утрожестан 200 мг 2 р/сут вагинально) 2. Витаминотерапия - Фолибер - фолиевая кислота 800мкг/сут; , йодомарин 200мкг в сутки, либо Фемибион -1 3. УЗИ-контроль и анализ крови на ХГЧ через 7-10 дней, при отсутствии жалоб, прогрессировании беременности- выписка пациентки под наблюдение врача ЖК по месту жительства 4. Уросептики – канефрон по 2 т. 3 раз/сут 3 недели 5. Физиотерапия – эндоназальная гальванизация, электросон.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка , 28 лет поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей , в связи с чем вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p><u>Гинекологический анамнез:</u> Менархе с 14 лет по 6 дней через 28-30 дней, регулярные, Последние месячные (в срок). Половая жизнь с 18 лет, вне брака. Контрацепция: не предохраняется . Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит, хламидиоз (пролечен). Беременности-3 Роды-0 Аборты-1 Выкидыши-2 (2011 год- полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока; 2013 год- несостоявшийся выкидыш при беременности 7/8 недель, по поводу чего выполнялось выскабливание полости матки). При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза, выполненного 2 дня назад в женской консультации: В полости матки одно плодное яйцо, эмбрион определяется, КТР- 2,2 см (соответствует 9 недель 2 дня), с/б (+) отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,4 см, прозрачный. Правый яичник 2,52,2 см, левый яичник 2,71,9 см.</p> <p><u>Соматический анамнез:</u> Хронические заболевания: отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p><u>Объективно:</u> Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 70/мин, АД 110/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочевыделение самостоятельное, безболезненное. Выделения из</p>

половых путей кровянистые, умеренные.

Гинекологический осмотр:

PS: шейка матки без патологических изменений, из наружного зева шейки матки визуализируются элементы плодного яйца, выделения кровянистые, умеренные.

PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает 1 п/п за внутренний зев. Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное.

Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	6,8	10 ⁹ /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Эритроциты	3,8	10 ¹² /л
Гемоглобин	110	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 ⁹ /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 ² л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоциты	14	%
Моноциты	9	%

2. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы Измерения
Глюкоза	Норма	Моль/л

Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
РН	5,0	
Кровь	50	мг/л
Кетоны	-	мг/л
Нитриты	-	
Лейкоциты	Не обнаружено	Мкл
Прозрачность	Прозрачная	
Удельный вес	1,016	
Цвет	желтый	

3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы Измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

4. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	обнаружена	Не обнаружена	обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	Скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	10-20 в поле зрения	единичные	10-20 в поле зрения
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения

5. Цитологический мазок

Шейка матки- типический плоский эпителий
 Цервикальный канал- типический плоский и эндоцервикальный эпителий

		6.УЗИ органов малого таза: Тело матки 76x66x73 см, полость матки расширена до 18 мм, содержимое неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,52,2 см, левый яичник 2,71,9 см. Свободной жидкости в малом тазу нет.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аборт в ходу при беременности 9/10 недель. Привычное невынашивание. Анемия легкая
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз - Аборт в ходу при беременности 9/10 недель установлен: - на основании жалоб больной на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей - на основании данных гинекологического осмотра (Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает 1 п/п за внутренний зев. Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.) - на основании данных УЗИ Тело матки 76x66x73 см, полость матки расширена до 18 мм, содержимое неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,52,2 см, левый яичник 2,71,9 см. Свободной жидкости в малом тазу нет. Привычное невынашивание – диагноз поставлен в связи с наличием в анамнезе 2-х выкидышей Анемия легкая - в анализе крови гемоглобин 110 г/л
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Определение группы крови и Rh-фактора пациентки и мужа (при наличии отрицательного Rh-фактора у пациентки и положительного Rh-фактора у супруга, рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh ₀ (D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh ₀ (D) (рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки) После выскабливания полости матки в качестве дополнительного метода обследования рекомендовано выполнение комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреоплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет

		обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе :
Э	-	Учитывая маточное кровотечение, срочно вызов сантранспорта и госпитализация в стационар для оказания экстренной врачебной помощи в отделении гинекологии
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>1. Учитывая жалобы пациентки, данные объективного осмотра, показано выполнение выскабливания полости матки в экстренном порядке.</p> <p>2. Проведение антибактериальной терапии в течение 7 дней (антибиотики широкого спектра действия)</p> <p>3. Бимануальный осмотр, контроль УЗИ органов малого таза через день после выскабливания полости матки (с целью исключения наличия остатков плодного яйца)</p> <p>Антианемическая терапия – мальтофер 1 табл. 2раз/сут. 1 месяц, контроль анализа крови</p> <p>4. ФТЛ (электрофорез с кальцием на низ живота)</p> <p>После выписки из стационара – контрацепция 6 месяцев</p> <p>Обследование по выявлению причины привычного невынашивания беременности</p> <ul style="list-style-type: none"> - генетическое обследование супружеской пары - обследование на генитальные и экстрагенитальные инфекции - оценка микробиоценоза и флоры влагалища - онкоцитология и кольпоскопия - гормональное обследование – ТТГ, свободный тироксин, ФСГ, ЛГ, 17-ОН, тестостерон, пролактин на 2-3-й день менструального цикла - прогестерон на 20-й день менструального цикла - выявление экстрагенитальной патологии, консультации специалистов по показаниям - Оценка индекса массы тела и глюкозы плазмы крови - УЗИ малого таза по фазам менструального цикла, исключение органической патологии органов малого таза - оценка состояния эндометрия – пайпель-биопсия с ИГХ исследованием на 7-8-й день цикла - УЗИ почек - гистеросальпингография или соногистерография, гистероскопия по показаниям для исключения аномалий развития - сбор тромбофилического анамнеза, обследование на антифосфолипидный синдром и наследственные тромбофилии - гомоцистеин крови, коагулограмма - обследование супруга, спермограмма <p>При выявлении возможной причины невынашивания</p>

		беременности - ее коррекция и проведение прегравидарной подготовки
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
		ОПК-6
H	-	016
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка , 30 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами задержку менструации, на незначительные тянущие боли внизу живота, темно-коричневые выделения из половых путей. В связи с чем пациентка вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p>При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза, выполненного 10 дней назад: В полости матки одно плодное яйцо диаметром 3,7 см (соответствует 7 недель 3 дня), эмбрион определяется, КТР- 1,0 см (соответствует 7 недель 2 дня), сердцебиение +, отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,4 см, прозрачный. Правый яичник 2,52,0 см, левый яичник 2,72,5 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см.</p> <p>Пациентка состоит на учете в ЖК, в беременности крайне заинтересована, принимает Витамин Е 200 мг/сут, фолиевую кислоту 1 мг/сут, Дюфастон по 1 табл3 р/с.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 11 лет по 5-6 дней через 28-30 дней, регулярные, Последняя менструация в срок. Половая жизнь с 18 лет, вне брака. Контрацепция: не предохраняется. Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит. Беременности- 3 Роды-0 Аборты-1 Выкидыши-2 (2015 год- полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока; 2016 год- аборт в ходу при беременности 7/8 недель, по поводу чего выполнялось выскабливание полости матки) Соматический анамнез: Хронические заболевания: отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 70/мин, АД 110/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Выделения из половых путей темно-коричневые, мажущие. При гинекологическом исследовании: При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена, выделения темно-коричневые, скудные из цервикального канала.</p>

При влагалищном исследовании: наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные.
Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	8,8	10 ⁹ /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 ⁹ /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 ⁹ /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 ⁹ /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 ⁹ /л
Эритроциты	4,1	10 ¹² /л
Гемоглобин	120	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 ⁹ /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 ² л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоциты	14	%
Моноциты	9	%

2. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л

РН	5,0	
Кровь	-	мг/л
Кетоны	-	мг/л
Нитриты	-	
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл
Прозрачность	Прозрачная	
Удельный вес	1,016	
Цвет	Светло-желтый	

3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

4. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	обнаружена	Не обнаружена	обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	Скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	10-20 в поле зрения	единичные	50-100 в поле зрения
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения

5. Цитологический мазок

Шейка матки- типический плоский эпителий

Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий

Дополнительно выполнено УЗИ органов малого таза: В полости матки одно плодное яйцо неправильной формы, эмбрион определяется, КТР- 1,2 см (соответствует 7 недель 5 дней), с/б (-) не определяется, желточный мешок +, диаметром 0,4 см, мутный. Правый яичник 2,52,2 см, левый яичник 2,71,9 см. По передней

		стенке определяется участок ретрохориальной гематомы размерами 2.31,5 см.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Несостоявшийся выкидыш при беременности 7/8 недель. Привычное невынашивание
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз несостоявшийся выкидыш при беременности 7/8 недель, привычное невынашивание установлен: - на основании жалоб пациентки на задержку менструации, наличие темно-коричневых выделений из половых путей, тянущие боли внизу живота - на основании данных гинекологического анамнеза (в анамнезе два эпизода самопроизвольного прерывания беременности) - на основании данных гинекологического исследования: при осмотре в зеркалах – выделения из цервикального канала темно-коричневого цвета; при влагиалищном исследовании – размер матки меньше срока беременности - на основании данных УЗИ (лоцируется эмбрион в полости матки, соответствующий 7 неделям беременности, сердцебиение эмбриона отсутствует)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке показано: 7. Определение группы крови и Rh-фактора пациентки и мужа (при наличии отрицательного Rh-фактора у пациентки и положительного Rh-фактора у супруга, рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh0(D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh0(D) (рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки) 8. После выскабливания полости матки в качестве дополнительного метода обследования рекомендовано выполнение комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреаплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

		или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе
Э	-	Рекомендован физический покой, использование спазмолитиков (папаверин, дротаверин)
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Тактика лечения: 1. Учитывая скудные темно-коричневые выделения из половых путей, в экстренном выскабливании полости матки на момент осмотра возможно отсрочить. Показано начать антибактериальную терапию (а/б широкого спектра действия), клинико-лабораторное дообследование пациентки (клинический, б/х анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, группа крови и Rh-фактор, анализ крови на RW, HBsAg, anti-HCV, мазок на флору из влагалища, цитологический мазок), выскабливание полости матки в плановом порядке. При усилении кровянистых выделений из половых путей - выскабливание полости матки в экстренном порядке 2. Продолжить проводимую антибактериальную терапию в течение 7 дней 3. Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи на следующий день после выскабливания полости матки, и далее по необходимости 4. Бимануальный осмотр, контроль УЗИ органов малого таза через день после выскабливания полости матки (с целью исключения наличия остатков плодного яйца) 5. ФТЛ (электрофорез с CaCl на низ живота)
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 43 лет доставлена санитарным транспортом в приемное

		<p>отделение городской больницы на каталке с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, вздутие живота, которые возникли 3 часа назад после физической нагрузки.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 13 лет, менструации по 5-7 дней, через 28 дней, обильные, безболезненные, регулярные. Отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последний год. Последняя менструация началась 9 дней назад, в срок. В анамнезе: 2 срочных родов и 1 искусственный аборт в сроке 8 недель, выполненный три года назад, без осложнений. При профилактическом осмотре у акушера-гинеколога 2 года назад диагностирована миома матки, по размерам соответствующая 8 неделям условной беременности.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Температура тела 37,9°C. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, где выражены положительные перитонеальные симптомы.</p> <p>При гинекологическом исследовании: При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, слизистые влагалища и шейки матки без патологических изменений. Из цервикального канала скудные темно-красные выделения. При влагалищном исследовании: Движения за шейку матки болезненные. Тело матки в положении anteflexio versio, соответствует 14 условным неделям беременности, бугристое за счет нескольких миоматозных узлов по передней и задней поверхности матки, плотной консистенции, подвижное, болезненное при пальпации. По передней стенке матки пальпируется субсерозный узел диаметром 8 см, при пальпации резко болезненный. Придатки с обеих сторон без особенностей. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в малом тазу нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Множественная миома матки. Нарушение питания субсерозного миоматозного узла. Пельвиоперитонит.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены осложнения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Множественная миома матки установлен на основании данных анамнеза (при профилактическом осмотре у акушера-гинеколога 2 года назад диагностирована миома матки, по размерам соответствующая 8 условным неделям беременности; пациентка отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последний год) и объективного осмотра (тело матки в положении anteflexio versio, соответствует 14 условным неделям беременности, бугристое за счет нескольких миоматозных узлов по передней и задней поверхности матки, плотной консистенции, подвижное, по передней стенке субсерозный узел диаметром 8 см).</p> <p>Диагноз Нарушение питания субсерозного миоматозного узла определен по наличию жалоб на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, вздутие живота, которые возникли 3 часа назад</p>

		<p>после физической нагрузки, на основании данных объективного осмотра и гинекологического исследования (по передней стенке матки пальпируется субсерозный узел диаметром 8 см, при пальпации резко болезненный).</p> <p>Диагноз Пельвиоперитонит поставлен на основании данных объективного осмотра (состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные, температура тела 37,9°C, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, АД 120/70 мм рт. ст., живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, где выражены положительные перитонеальные симптомы).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
В	3	Перечислите необходимые методы обследования для уточнения диагноза.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ (cito!). Определение в сыворотке крови β-ХГ (cito!). Определение группы крови и Rh фактора. УЗИ органов малого таза. Диагностическая лапароскопия.
P2	-	Перечислены все необходимые методы обследования верно.
P1	-	<p>Названы не все методы обследования.</p> <p>или</p> <p>Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.</p>
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
В	4	Перечислите принципы и методы лечения данного состояния.
Э	-	<p>Основной метод лечения пациентки в данном случае – хирургический. Лечение оперативное, проводится лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Объем операции – тотальная или субтотальная гистерэктомия. Параллельно начинается проводится комплексная инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная и симптоматическая терапия.</p> <p>Проводится профилактика тромбэмболических осложнений – компрессионные чулки, назначение препаратов гепаринового ряда.</p>
P2	-	Названы верные принципы и методы лечения.
P1	-	Выбраны неполностью правильные принципы и/или методы лечения
P0	-	Ответ неверный полностью.
В	5	Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния.

Э	-	Нарушение питания миоматозного узла необходимо дифференцировать с перекрутом ножки кистомы яичника, внематочной беременностью, апоплексией яичника, острым аппендицитом, пиосальпинксом, пиоваром.
P2	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены верно и полностью.
P1	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены неполно.
P0	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены полностью неверно.
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 38 лет поступила в гинекологическое отделение городской больницы с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение двух недель, слабость, утомляемость, головокружение.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 12 лет, менструации по 4-5 дней, через 28-30 дней, обильные, болезненные, регулярные. Отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последние полгода. Последняя менструация началась две недели назад, в срок, обильные кровянистые выделения продолжаются в настоящее время. В анамнезе: одни срочные роды и два искусственных аборта в сроке 8 и 10 недель, без осложнений. При профилактическом осмотре у акушера-гинеколога год назад диагностирована миома матки. Половой акт без контрацепции.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Температура тела 36,7°C. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При гинекологическом исследовании: При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Из цервикального канала обильные кровянистые выделения. Слизистые влагалища и шейки матки без патологических изменений. При влагалищном исследовании: Тело матки в положении anteflexio versio, соответствует 8 условным неделям беременности, бугристое, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. По передней стенке обнаружены интрамурально-субсерозные узлы диаметром 3 и 6 см, при пальпации безболезненные. Движения за шейку безболезненные. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их при пальпации - безболезненная. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в малом тазу нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Множественная миома матки. Менометроррагия.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен верно, но не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Множественная миома матки установлен на основании данных анамнеза (обильные, болезненные менструации, также отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последние полгода, при профилактическом осмотре у акушера-гинеколога год назад диагностирована миома матки); данных гинекологического исследования (тело матки соответствует 8 условным неделям беременности, бугристое, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации, по передней стенке обнаружены интрамурально-субсерозные узлы диаметром 3 и 6 см, при пальпации безболезненные).</p> <p>Диагноз Менометроррагия определен на основании жалоб пациентки на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение двух недель, начало которых соответствовало менструации, слабость, утомляемость, головокружение; данных гинекологического исследования: при осмотре в зеркалах - из цервикального канала обильные кровянистые выделения.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.</p>
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите дополнительные методы обследования.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ, определение в сыворотке крови β -ХГ, определение группы крови и Rh фактора, УЗИ органов малого таза.
P2	-	Перечислены все необходимые методы обследования верно.
P1	-	<p>Названы не все методы обследования.</p> <p>или</p> <p>Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.</p>
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
В	4	Перечислите принципы и методы лечения данного состояния.
Э	-	Цель лечения на данном этапе – остановка маточного кровотечения. Методы лечения: хирургический (раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки с гистологическим исследованием операционного материала), с последующим назначением консервативной гемостатической терапии (транексамовая кислота). Дальнейшая тактика ведения больной – учитывая репродуктивные планы больной, необходимо выбрать органосохраняющий метод лечения: медикаментозная терапия (по результатам гистологического исследования); - хирургические методы лечения (миомэктомия по показаниям).
P2	-	Названы верные принципы и методы лечения.
P1	-	Выбраны неполностью правильные принципы и/или методы лечения
P0	-	Ответ неверный полностью.

В	5	Назовите показания для хирургического метода лечения миомы матки.
Э	-	Хирургическое лечение миомы матки показано: при больших размерах миоматозных узлов (свыше 12-недельной беременности); при быстром росте миомы матки в размерах (более 5 недель условной беременности за год); при выраженном болевом синдроме; при сочетании миомы матки с опухолью яичника или эндометриозом; при перекруте ножки миоматозного узла и его некрозе; при нарушении функции смежных органов – мочевого пузыря или прямой кишки; при бесплодии (если не выявлено других причин); при субмукозном расположении миомы матки; при подозрении на злокачественное перерождение миомы матки.
P2	-	Перечислены верно все показания для хирургического метода лечения.
P1	-	Названы не все показания для хирургического метода лечения. или Названы все показания для хирургического метода лечения, но также названы неверные показания для хирургического метода лечения.
P0	-	Все показания для хирургического метода лечения названы неверно.
Н	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 46 лет обратилась к гинекологу в женскую консультацию с жалобами на обильные менструации со сгустками крови по 8-12 дней, схваткообразные боли во время менструаций, межменструальные кровянистые выделения, слабость, утомляемость, снижение работоспособности.</p> <p>Из анамнеза: menarche с 14 лет, менструации по 4-5 дней, через 29-30 дней, обильные со сгустками крови, болезненные. Отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последние четыре месяца. Последняя менструация началась 12 дней назад, в срок. В анамнезе: двое срочных родов и два искусственных аборта в сроках 8 и 9 недель, без осложнений. От беременности не предохраняется. У гинеколога на осмотре была 5 лет назад, патологии не выявлено.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые незначительно бледные. Температура тела 36,2°С. Пульс 82 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При осмотре в зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Выделения кровянистые, мажущие.</p> <p>При влагалищном исследовании: Движения за шейку безболезненные. Тело матки в положении anteflexio versio, увеличено до 6 недель условной беременности, умеренно плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их при пальпации - безболезненная. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в малом тазу нет.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Миома матки. Менометроррагия. Альгодисменорея.
Р2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
Р1	-	Диагноз поставлен верно, но не полностью.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Миома матки установлен на основании данных анамнеза (увеличение длительности и обильности менструации за последние четыре месяца), данных объективного осмотра (тело матки увеличено соответственно 6 недельному сроку беременности). Диагноз Менометроррагия определен на основании жалоб пациентки на обильные менструации со сгустками крови по 8-12 дней, межменструальные кровянистые выделения, слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Диагноз Альгодисменорея определен на основании жалоб пациентки на схваткообразные боли во время менструаций
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите дополнительные методы обследования.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ, определение в моче ХГЧ, определение группы крови и Rh фактора, УЗИ органов малого таза.
Р2	-	Перечислены все необходимые методы обследования верно.
Р1	-	Названы не все методы обследования. или Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.
Р0	-	Все методы обследования названы неверно.
В	4	По результатам УЗИ: Матка: 6,1-5,2-5,5 см, миометрий диффузно неоднородной структуры, в полости матки визуализируется изоэхогенное миометрию округлое образование с четкими контурами диаметром 2,5 см, исходящее из передней стенки, выявляется умеренный периферический кровоток. Эндометрий 10 мм. Шейка матки не изменена. Правый яичник: 3,0-1,7-1,5 см, обычной эхоструктуры. Левый яичник: 2,5-1,5-2,0 см, обычной эхоструктуры. Свободной жидкости в Дугласовом пространстве нет. Перечислите принципы и методы лечения данного состояния.
Э	-	Необходима госпитализация в гинекологический стационар. Основной принцип лечения – гистероскопия, раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием

		операционного материала.
P2	-	Названы верные принципы и методы лечения.
P1	-	Выбраны неполностью правильные принципы и/или методы лечения
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	Назовите возможные осложнения миомы матки.
Э	-	Наиболее часто миома матки осложняется следующими состояниями: перекрут опухоли, если миоматозный узел на тонком основании или ножке; нарушение питания миомы, возможно, с последующим ее некрозом; длительные и продолжительные менструации (меноррагии); маточные кровотечения (метроррагии); быстрый рост миомы; Нарушение функции смежных органов из-за миомы; бесплодие и/или невынашивание беременности; анемия; озлокачествление миоматозного узла
P2	-	Осложнения миомы матки названы верно.
P1	-	Осложнения миомы матки названы верно, но не полностью.
P0	-	Осложнения миомы матки названы полностью неверно.
H	-	020
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 28 лет поступила в приемное отделение с жалобами на кинжальные боли внизу живота справа, возникшие 3 часа назад, головокружение, тошноту и слабость.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 12 лет, менструации по 4-5 дней, через 28-30 дней, умеренные, болезненные, регулярные. Последняя менструация началась две недели назад, в срок, но были необычно скудная и короткая.</p> <p>В анамнезе: 1 искусственный аборт в сроке 8 недель, выполненный два года назад, осложнившийся острым воспалением придатков.</p> <p>Контрацепция: прерванный половой акт.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, больше справа. Там же положительные перитонеальные симптомы.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Из цервикального канала - скудные темно-красные выделения.</p> <p>PV: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Движения за шейку матки болезненны. Матка в положении anteflexio versio, несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки слева не увеличены, безболезненны. Справа в проекции придатков определяется образование без четких контуров, резко болезненное при пальпации. Смещение шейки матки болезненно. Задний свод влагалища нависает, болезненный при пальпации.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Правосторонняя трубная беременность, нарушенная по типу разрыва трубы. Геморрагический шок II ст.

P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценена стадия геморрагического шока.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Правосторонняя трубная беременность, нарушенная по типу разрыва трубы установлен на основании данных о том, что у пациентки последняя менструация начались две недели назад, в срок, но были необычно скудная и короткая, на основании данных о том, что пациентка с партнером используют малоэффективный метод контрацепции, на основании жалоб пациентки на кинжальные боли внизу живота справа, возникшие 3 часа назад, мажущие нерегулярные сукровичные выделения из половых путей в течение недели, тошноту и слабость, учитывая данные объективного осмотра (состояние средней тяжести; кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные; пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, АД 100/60 мм рт. ст.; живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, больше справа, там же положительные перитонеальные симптомы; движения за шейку матки болезненны, матка в положении anteflexio versio, несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная, придатки слева не увеличены, безболезненны, справа в проекции придатков определяется образование без четких контуров, резко болезненное при пальпации, смещение шейки матки болезненно, задний свод влагалища нависает, болезненный при пальпации).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ (cito!). Определение в сыворотке крови β -ХГ (cito!). Определение группы крови и Rh фактора. УЗИ органов малого таза. Диагностическая лапароскопия.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения в данном случае.
Э	-	Основной принцип лечения данного состояния – хирургический метод. Показано выполнение лапароскопии. Объем операции – правосторонняя тубэктомия.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае названа верно.

P1	-	Нет полной тактики ведения пациентки в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае.
B	5	Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния.
Э	-	<p>Для дифференциальной диагностики неразвивающейся беременности, самопроизвольного аборт и трубной беременности проводят выскабливание полости матки. При внематочной беременности в соскобе определяется децидуальная ткань без ворсин хориона, феномен Ариас-Стеллы (гиперхромные клетки в эндометрии). При самопроизвольном аборте в соскобе имеются остатки или части плодного яйца, элементы хориона.</p> <p>Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с: маточной беременностью ранних сроков, сальпингоофоритом, нарушением менструального цикла.</p> <p>Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с: апоплексией яичника; перфорацией язвы желудка и 12-перстной кишки; разрывом селезенки; перекрутом ножки кисты или опухоли яичника; острым аппендицитом; острым пельвиоперитонитом.</p> <p>Беременность, прервавшуюся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать с: самопроизвольным абортом; обострением хронического сальпингоофорита; дисфункциональным маточным кровотечением; перекрутом ножки опухоли яичника; апоплексией яичника; острым аппендицитом.</p>
P2	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить диф. диагностику данного состояния, перечислены верно и полностью.
P1	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить диф. диагностику данного состояния, перечислены неполно.
P0	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, не перечислены или перечислены полностью неверно.
H	-	021
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больная 30 лет доставлена сан.транспортом в приемное отделение стационара с жалобами на сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, боли в правой ключице, слабость, головокружение. Заболела два часа назад, когда среди хорошего самочувствия появились резкие, кинжальные боли внизу живота справа, с холодным потом и кратковременной потерей сознания.</p> <p>Анамнез: menarche в 14 лет, менструации по 3-5 дней, через 29-31 день, умеренные, болезненные, регулярные. Последняя менструация началась с задержкой на 14 дней, но была необычно скудная и короткая. После них по до вчерашнего дня выделения из половых путей были светлые, умеренные, а со вчерашнего вечера появились мажущие сукровичные выделения.</p> <p>В анамнезе: 1 срочные роды без осложнений; 2 искусственных аборта при сроке 7 и 10 недель беременности, последний искусственный</p>

		<p>аборт был выполнен год назад, осложнился острым воспалением придатков матки.</p> <p>Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 37,2°C. Пульс 120 ударов в минуту, достаточного наполнения, ритмичный. АД 90/50 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, преимущественно справа. Справа внизу живота определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Отмечается притупление перкуторного звука справа внизу живота.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки несколько цианотичная. Из цервикального канала скудные сукровичные выделения.</p> <p>PV: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в положении <i>anteflexio versio</i>, несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, без четких контуров, пальпация затруднена из-за резкой болезненности, легко смещается («плавает»). Придатки слева пальпаторно без изменений. Правые придатки четко не определяются в связи с резкой болезненностью. Смещение шейки матки резко болезненно. Задний свод влагалища уплощен, резко болезнен при пальпации.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Правосторонняя (?) эктопическая (трубная) беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок II стадии.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценена стадия геморрагического шока.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз правосторонней (?) эктопической (трубная) беременности, нарушенной по типу разрыва трубы установлен на основании данных о том, что пациентка заболела два часа назад, когда среди хорошего самочувствия появились резкие, кинжальные боли внизу живота справа, с холодным потом и кратковременной потерей сознания, на основании данных анамнеза (последняя менструация началась с задержкой на 14 дней, но была необычно скудная и короткая. После них по до вчерашнего дня выделения из половых путей были светлые, умеренные, а со вчерашнего вечера появились мажущие сукровичные выделения), на основании жалоб пациентки на сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, боли в правой ключице, слабость, головокружение, учитывая данные объективного осмотра (матка несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, без четких контуров, пальпация затруднена из-за резкой болезненности, легко смещается («плавает»); придатки слева пальпаторно без изменений; правые придатки четко не определяются в связи с резкой болезненностью; смещение шейки матки резко болезненно, задний свод влагалища уплощен, резко болезнен при пальпации).</p> <p>Диагноз Внутреннее кровотечение, Геморрагический шок II стадии определен на основании жалоб пациентки (жалобы на сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, боли в правой ключице, слабость, головокружение), учитывая данные объективного осмотра (общее состояние тяжелое; кожные</p>

		покровы и видимые слизистые бледные, пульс 120 ударов в минуту, достаточного наполнения, ритмичный, АД 90/50 мм рт. ст., живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, преимущественно справа; справа внизу живота определяется симптом Щеткина-Блюмберга, отмечается притупление перкуторного звука справа внизу живота).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ (cito!). Определение в сыворотке крови β -ХГ (cito!). Определение группы крови и Rh фактора. УЗИ органов малого таза. Диагностическая лапароскопия.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения в данном случае.
Э	-	В данном клиническом случае, учитывая развитие геморрагического шока II стадии (шоковый индекс Альговера 1,3 соответствует кровопотере не менее 1,5 л, дефицит ОЦК 30%), неотложная помощь будет заключаться в последовательном выполнении мероприятий: - лапаротомия, - хирургический гемостаз, - правосторонняя тубэктомия, - дренирование брюшной полости. Параллельно проводится интенсивная противошоковая терапия совместно с анестезиологом-реаниматологом (инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на восполнение ОЦК и ликвидацию гиповолемии, повышение емкости крови и нормализацию реологических свойств крови, ликвидацию нарушений микроциркуляции, устранение и /или профилактику нарушений гемокоагуляции – ДВС-синдрома).
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае.
P1	-	Нет полной тактики ведения пациентки в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае.
B	5	Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния.
Э	-	Для дифференциальной диагностики неразвивающейся маточной беременности, самопроизвольного аборта и эктопической (трубной) беременности проводят выскабливание полости матки. При внематочной беременности в соскобе определяется

		<p>децидуальная ткань без ворсин хориона, феномен Ариас-Стеллы (гиперхромные клетки в эндометрии). При прерывающейся маточной беременности в соскобе имеются остатки или части плодного яйца, элементы хориона.</p> <p>Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с: маточной беременностью ранних сроков; хроническим воспалением придатков матки, нарушением менструального цикла.</p> <p>Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с: апоплексией яичника; перфорацией язвы желудка и 12перстной кишки; разрывом печени и селезёнки; перекрутом ножки кисты или опухоли яичника; острым аппендицитом; острым пельвиоперитонитом.</p> <p>Беременность, прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать с: самопроизвольным абортom; обострением хронического сальпингоофорита; перекрутом ножки опухоли яичника; апоплексией яичника; острым аппендицитом.</p>
P2	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены верно и полностью.
P1	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены неполно.
P0	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены полностью неверно.
H	-	022
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась пациентка 39 лет с жалобами на периодически возникающие тянущие боли внизу живота в течение последних 3 месяцев. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась</p> <p>Анамнез заболевания: У гинеколога не наблюдается в течение 3 лет. В течение последних 3 месяцев появились тянущие боли внизу живота.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации через 28-30 дней, по 5 -7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет.</p> <p>В анамнезе – одни срочные физиологические роды, один искусственный аборт на сроке беременности 6 недель.</p> <p>Гинекологические заболевания – отрицает.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.</p> <p>Рост- 169 см. Вес- 57 кг. ИМТ -20,0</p>

		<p>Гинекологический статус: в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный. При влагалищном исследовании матка в положении anteflexio-versio, нормальных размеров, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации. Правые придатки не определяются, область их безболезненна при пальпации. В области левых придатков, кзади от матки определяется округлое образование туго-эластической консистенции, размерами около 8 см, подвижное, безболезненное при пальпации. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в параметри нет.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты $7,4 \times 10^9/\text{л}$ (4,00 - 9,00); Эритроциты $3,06 \times 10^{12}/\text{л}$ (3,90 - 4,70); Гемоглобин 136 г/л (120 - 140); Гематокрит 38% (36 - 42); Тромбоциты $290 \times 10^9/\text{л}$ (180 - 320); Нейтрофилы абс $5,00 \times 10^9/\text{л}$ (2,04 - 5,80); Моноциты абс. $0,30 \times 10^9/\text{л}$ (0,09 - 0,60); Эозинофилы абс. $0,10 \times 10^9/\text{л}$ (0,02 - 0,30); Базофилы абс. $0,000 \times 10^9/\text{л}$ (0,000 - 0,065).</p> <p>Анализ крови на онкомаркеры: СА 125 опухолеассоциированный антиген - 12,0 Ед/мл (норма до 34,0) СА 15-3 опухолеассоциированный антиген - 11,00 Ед/мл (норма до 25,00) Раковый эмбриональный антиген (РЭА) - 2,9 нг/мл (норма до 4,7) НЕ 4 - 15 пмоль/л (пременопауза до 70; постменопауза до 140). УЗИ органов малого таза: матка размерами 43 x 40x 39 мм структура миометрия однородная. Эндометрий однородный, толщиной 6 мм (соответствует пролиферативной фазе менструального цикла), без патологических включений. Правый яичник размерами 24 x 20 x 19 мм, типично расположен. Фолликулярный аппарат: до 6 фолликулов в 1 срезе по периферии яичника. Левый яичник размерами 80 x 67 x 63 мм, в структуре яичника определяется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью, без разрастаний по внутренней поверхности капсулы, с однородным анэхогенным содержимым. При ЦДК отмечается умеренная васкуляризация в капсуле образования. Свободной жидкости в малом тазу нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Опухоль левого яичника
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Опухоль левого яичника установлен:</p> <p>-на основании осмотра: в области левых придатков, кзади от матки определяется округлое образование туго-эластической консистенции, размерами около 8 см, подвижное, безболезненное</p>

		при пальпации. - на основании УЗИ органов малого таза - Левый яичник размерами 80 x 67 x 63 мм, в структуре яичника определяется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью, без разрастаний по внутренней поверхности капсулы, с однородным анэхогенным содержимым. При ЦДК отмечается умеренная васкуляризация в капсуле образования.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какое объем обследования необходимо провести?
Э	-	Аспирационная биопсия эндометрия – перед планированием хирургического вмешательства. Фиброгастродуоденоскопия – исключения патологии желудка; Фиброколоноскопия – с целью исключения патологии кишечника. Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ молочных желез.
P2	-	Объем обследования указан полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования указан полностью неверно.
B	4	Какие данные клинико-лабораторного обследования свидетельствуют о доброкачественной природе опухоли яичника?
Э	-	Учитывая УЗ –картину – отсутствие разрастаний по внутренней капсуле образования яичника, однородное анэхогенное содержимое, а также, данные онкомаркеров – СА125, НЕ 4 в пределах референсных значений, образование в левом яичнике – вероятнее всего доброкачественная серозная опухоль.
P2	-	Данные клинико-лабораторного обследования указаны полностью верно
P1	-	Данные клинико-лабораторного обследования указаны не полностью
P0	-	Данные клинико-лабораторного обследования указаны полностью неверно
B	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение хирургического лечения в объеме цистэктомии (лапароспическим или лапаротомным доступом). Предпочительно использование лапароскопического доступа.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
H	-	023
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемное отделение стационара бригадой скорой медицинской помощи доставлена пациентка 29 лет с жалобами на интенсивные боли в правых нижних отделах живота, слабость, тошноту. Анамнез заболевания: У гинеколога наблюдается регулярно.

	<p>Сегодня после занятий спортом появилась резкие боли в правой подвздошной области, тошнота, была однократная рвота. Самостоятельно принимала спазмолитические средства (Но-шпа) - без существенного положительного эффекта. Постепенно болевой синдром усиливался. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения и усиления болевого синдрома вызвала бригаду скорой медицинской помощи, в экстренном порядке доставлена в приемное отделение стационара.</p> <p>Гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации через 30-37 дней, по 5 -7 дней, умеренные, безболезненные. Первый день последней менструации – 27 дней назад. Половая жизнь с 20 лет. В анамнезе беременностей не было.</p> <p>Гинекологические заболевания – Фолликулярная киста правого яичника 2 года назад - консервативное лечение.</p> <p>Хронические заболевания - хронический гастрит в стадии ремиссии.</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски, влажные. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм рт.ст. Температура тела 37,4 С. Живот вздут, напряжен, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, преимущественно справа. Симптомы раздражения брюшины положительные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Рост- 176 см. Вес- 56 кг. ИМТ -18,2</p> <p>Гинекологический статус. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки конической формы, наружный зев цервикального канала точечный. Влагалищное исследование затруднено вследствие напряжения мышц передней брюшной стенки. Матка в положении anteflexio-versio, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации. В области правых придатков, перед маткой определяется округлое образование туго-эластической консистенции, размерами около 8 см, подвижное, резко болезненное при пальпации. Левые придатки не определяются, область их безболезненна при пальпации. Влагалищные своды свободные. Тракции за шейку матки резко болезненные.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты $12,4 \times 10^9/\text{л}$ (4,00 - 9,00); Эритроциты $3,06 \times 10^{12}/\text{л}$ (3,90 -4,70); Гемоглобин 124 г/л (120 – 140); Гематокрит 38% (36 – 42); Тромбоциты $280 \times 10^9/\text{л}$ (180 – 320); Нейтрофилы абс $5,00 \times 10^9/\text{л}$ (2,04 - 5,80); Моноциты абс. $0,30 \times 10^9/\text{л}$ (0,09 – 0,60); Эозинофилы абс. $0,10 \times 10^9/\text{л}$ (0,02 – 0,30); Базофилы абс. $0,000 \times 10^9/\text{л}$ (0,000 – 0,065); СОЭ- 27 мм/час. Общий анализ мочи: Глюкоза – 0; Белок – 0; рН - 6,5; Лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр; кетоны -0; Прозрачность – прозрачная; Удельный вес – 0,01; Цвет – соломенно-желтый.</p> <p><u>УЗИ органов малого таза</u>: матка размерами 38 x 35x 37 мм структура миометрия однородная. Эндометрий однородный, толщиной 10 мм (соответствует секреторной фазе менструального цикла), без патологических включений. Шейка матки размером до 29 x23 мм, цервикальный канал не расширен. В области правого</p>
--	--

		яичника визуализируется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью, анэхогенным, гипоэхогенным содержимым, размерами 90 x 87 x90 мм. При ЦДК-нарушение кровотока. Левый яичник размерами 25 x 23 x 20 мм, без патологических включений. Свободная жидкость в малом тазу в незначительном количестве (30 мл).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Опухоль правого яичника. Перекрут ножки опухоли?
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Опухоль правого яичника (перекрут ножки опухоли?) установлен: -на основании анамнеза: боли в правой подвздошной области возникли после занятий спортом. Постепенно усиливающийся болевой синдром, тошнота, рвота, отсутствие эффекта от проводимой терапии спазмолитиками. - на основании осмотра: Температура тела 37,4 С. Живот вздут, напряжен, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, преимущественно справа. Симптомы раздражения брюшины положительные. Напряжение мышц передней брюшной стенки. В области правых придатков, перед маткой определяется округлое образование туго-эластической консистенции, размерами около 8 см, подвижное, резко болезненное при пальпации. Тракции за шейку матки резко болезненные. - на основании УЗИ органов малого таза - В области правого яичника визуализируется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью, анэхогенным, гипоэхогенным содержимым, размерами 90 x 87 x90 мм. При ЦДК-нарушение кровотока.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью:
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальный диагноз проводить с острым аппендицитом, почечной коликой, апоплексией яичника.
Р2	-	Дифференциальная диагностика указана полностью верно.
Р1	-	Дифференциальная диагностика указана верно, однако нет обоснования.
Р0	-	Дифференциальная диагностика указана полностью неверно.
В	4	Какое дополнительное обследование необходимо провести с целью дифференциальной диагностики?
Э	-	С целью исключения почечной колики- необходимо проведение УЗИ почек. С целью исключения – острого аппендицита –

		консультация хирурга, диагностическая лапароскопия.
P2	-	Перечень необходимого дополнительного обследования указаны полностью верно
P1	-	Перечень необходимого дополнительного обследования указаны не полностью
P0	-	Перечень необходимого дополнительного обследования указаны полностью неверно
B	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение хирургического лечения в экстренном порядке. Проведение диагностической лапароскопии, ревизии органов малого таза и органов брюшной полости (осмотр петель кишечника, аппендикса, печени, желудка. Учитывая возраст пациентки – 29 лет, не реализованную репродуктивную функцию, предпочтительно органосохраняющее лечение. При отсутствии признаков некроза яичника ножку опухоли раскручивают, наблюдают за восстановлением кровообращения в тканях. В случае исчезновения ишемии и венозного застоя возможно проведение цистэктомии яичника. В случае сохранения ишемии, - проведение аднексэктомии справа.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
H	-	024
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В женскую консультацию обратилась пациентка 60 лет с жалобами на периодически возникающие кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота в течение последних 3 месяцев. Гинекологический анамнез: Постменопауза 5 лет (с 55 лет). В анамнезе – одни срочные физиологические роды и 2 искусственных аборта (На сроке беременности 5 и 7 недель) без осложнений. Гинекологические заболевания – отрицает Хронические заболевания - Сахарный диабет 2 типа, стадия компенсации. Гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, риск 3. Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост- 165 см. Вес- 98 кг. ИМТ -36. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски и нормальной влажности. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -130/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Гинекологический статус: В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный. При влагалищном исследовании матка в положении anteflexio-versio, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации. Правые, левые придатки не определяются, область их безболезненна при

		<p>пальпации. Влагалищные своды свободные. Инфильтрации параметрия нет.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты $16,8 \times 10^9/\text{л}$ (4,00 - 9,00); Эритроциты $3,86 \times 10^{12}/\text{л}$ (3,90 - 4,70); Гемоглобин 121 г/л (120 - 140); Гематокрит 37% (36 - 42); Тромбоциты $310 \times 10^9/\text{л}$ (180 - 320); Нейтрофилы абс $5,00 \times 10^9/\text{л}$ (2,04 - 5,80); Моноциты абс. $0,30 \times 10^9/\text{л}$ (0,09 - 0,60); Эозинофилы абс. $0,10 \times 10^9/\text{л}$ (0,02 - 0,30); Базофилы абс. $0,000 \times 10^9/\text{л}$ (0,000 - 0,065).</p> <p><u>УЗИ органов малого таза:</u> матка размерами 56 x 44x 57 мм структура миометрия однородная. Эндометрий неоднородный, с множественными гиперэхогенными включениями, толщиной 11 мм, с признаками поверхностной инвазии в миометрий (нечеткая граница между миометрием и эндометрием), с усиленным кровотоком при ЦДК. Шейка матки размером до 29 x 23 мм, цервикальный канал не расширен. Правый яичник размерами 20x18x13 мм; левый яичник 20x15x15 мм, без патологических образований. Тазовые лимфатические узлы не визуализируются. Свободной жидкости в малом тазу нет.</p> <p>Выполнена гистероскопия, отдельное выскабливание полости матки и цервикального канала.</p> <p><u>По данным гистологического исследования</u> - В присланных соскобах среди масс крови структуры высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рак тела матки IA стадии cT1aN0M0
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Рак тела матки IA стадии cT1aN0M0</p> <p>- на основании анамнеза – кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе</p> <p>- на основании обследования: по данным УЗИ органов малого таза эндометрий толщиной 11 мм (норма для постменопаузы – менее 5 мм); глубина инвазии в миометрий менее половины толщины (T1a), тазовые лимфатические узлы не визуализируются (N0); гистологическое исследование – высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какой объем обследования необходимо провести?
Э	-	Необходимо выполнить МРТ органов малого таза (с целью уточнения глубины инвазии в миометрий, а также уточнения состояния регионарных лимфатических узлов). Рентгенография (компьютерная томография органов грудной клетки), маммография, УЗИ органов брюшной полости (КТ органов брюшной полости) с целью исключения отдаленных метастазов.

P2	-	Объем обследования указан полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования указан полностью неверно.
В	4	Какова тактика ведения данной пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение хирургического лечения. Учитывая низкий риск метастазирования (поверхностная инвазия в миометрий, высокую степень дифференцировки опухоли, отсутствие признаков увеличения и изменения тазовых лимфатических узлов) – показано проведение хирургического лечения в объеме экстирпации матки с придатками (лапаротомным или лапароскопическим доступом). Учитывая наличие у пациентки ожирения 2 ст – предпочтителен лапароскопический доступ).
P2	-	Тактика ведения отражена полностью верно
P1	-	Тактика ведения отражена не полностью
P0	-	Тактика ведения отражена полностью неверно
В	5	Какова тактика ведения пациентки при выявлении по данным гистологического исследования высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с инвазией в миометрий более 1/3 толщины?
Э	-	При получении окончательного гистологического исследования с данными об инвазии миометрия более 1/3 толщины, пациентке показано проведение послеоперационной лучевой терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	025
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась пациентка 35 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после полового контакта, тянущие боли внизу живота в течение последних 2 месяцев.</p> <p>Анамнез заболевания: У гинеколога не наблюдается в течение 5 лет. 2 месяца назад появились контактные кровянистые выделения и межменструальные кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу по месту жительства, при цитологическом исследовании соскоба шейки матки - признаки высокодифференцированного ороговевающего плоскоклеточного рака.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 12 лет, менструации через 28-30 дней, по 5-7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Последняя менструация началась в срок, 10 дней назад.</p> <p>В анамнезе – одни срочные физиологические роды (без осложнений), 3 искусственных аборта (выскабливание полости матки в сроке беременности 6-7 недель) без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2000 года (последнее обострение в 2015 году),</p>

		<p>эктопия шейки матки - диатермоэксцизия в 2011 году</p> <p>Хронические заболевания: хронический гастрит в стадии ремиссии.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Рост- 161 см. Вес- 55 кг. ИМТ -21,2</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища без видимых патологических изменений, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный, с эктопией вокруг наружного зева 1,51,5 см.</p> <p>PV: матка в положении anteflexio-versio, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон четко не определяются, область их безболезненна при пальпации. Смещение шейки матки безболезненно. Влагалищные своды свободны. Инфильтратов в области малого таза нет, боковые своды свободные.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты $10,4 \times 10^9/\text{л}$ (4,00 - 9,00); Эритроциты $3,05 \times 10^{12}/\text{л}$ (3,90 -4,70); Гемоглобин 123 г/л (120 – 140); Гематокрит 36% (36 – 42); Тромбоциты $324 \times 10^9/\text{л}$ (180 – 320); Нейтрофилы абс $4,00 \times 10^9/\text{л}$ (2,04 - 5,80); Моноциты абс. $0,20 \times 10^9/\text{л}$ (0,09 – 0,60); Эозинофилы абс. $0,13 \times 10^9/\text{л}$ (0,02 – 0,30); Базофилы абс. $0,000 \times 10^9/\text{л}$ (0,000 – 0,065).</p> <p><u>УЗИ органов малого таза:</u> матка размерами 363837 мм, структура миометрия однородная. Эндометрий толщиной 8 мм (соответствует пролиферативной фазе менструального цикла), однородный. Шейка матки размером до 2738 мм, в средней и нижней трети солидное сниженной эхогенности образование 1210 мм. В режиме ЦДК определяется патологически повышенные сигналы кровотока. Правый яичник размерами 252014 мм, типично расположен, в срезе визуализируется 4-5 фолликулов диаметром 3-5 мм. Левый яичник размерами 252320 мм, типично расположен, аналогичной структуры. Подвздошные сосуды свободны, данных за увеличение тазовых лимфатических узлов нет. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рак шейки матки IA стадии cT1aN0M0. ОАГА. Хронический гастрит (ремиссия)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Рак шейки матки IA стадии cT1aN0M0 поставлен - на основании анамнеза: контактные, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу

		<p>живота</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании анамнеза: данные цитологическом исследования мазков шейки матки (признаки высококодифференцированного ороговевающего плоскоклеточного рака) - на основании данных УЗИ органов малого таза: шейка матки размером до 27 x 38 мм, в средней и нижней трети солидное сниженной эхогенности образование 12 x 10 мм. В режиме ЦДК определяется патологически повышенные сигналы кровотока. <p>Диагноз: ОАГА поставлен</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании анамнеза: 3 искусственных аборта (выскабливание полости матки в сроке беременности 6-7 недель) без осложнений - на основании анамнеза: хронический двусторонний сальпингофорит с 2000 года (последнее обострение в 2015 году) - на основании анамнеза: эктопия шейки матки - диатермоэксцизия в 2011 году <p>Диагноз: хронического гастрита поставлен на основании анамнеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое объем обследования необходимо провести?
Э	-	Необходимо выполнить МРТ органов малого таза (с целью уточнения размеров опухоли шейки матки, инвазии в параметрии, оценки состояния регионарных лимфатических узлов. С целью гистологической верификации опухолевого поражения шейки матки, а также размеров опухоли и глубины инвазии опухоли, необходимо проведение конизации шейки матки с последующим гистологическим исследованием. Цистоскопия - с целью оценки стенок мочевого пузыря, исключения сдавления стенок мочевого пузыря или прорастания опухоли. Рентгенография органов грудной клетки (компьютерная томография органов грудной клетки) - с целью определения отдаленных метастазов.
P2	-	Объем обследования указан полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования указан полностью неверно.
В	4	<p>Какова тактика ведения пациентки, если по результатам дообследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по данным гистологического исследования конуса шейки матки: фрагменты резецированной шейки матки. Плоскоклеточный умеренно-дифференцированный неороговевающий рак с глубиной инвазии не менее 2 мм, прилежит к краям резекции - по данным МРТ органов малого таза: шейка матки размерами 32 35 мм, цервикальный канал не расширен. Отмечается неравномерное утолщение эндоцервикса. Строма шейки матки умеренно отечна, на этом фоне на уровне задней губы шейки матки имеется участок измененного МР- сигнала размерами 6 x 8 мм, с наличием достаточно четких контуров, с МР- сигналом от опухолевой ткани. Задний свод влагалища укорочен. Стенки

		влагалища интактны. Перехода процесса на параметральную клетчатку не отмечено. Боковые стенки таза интактны. Тазовые лимфатические узлы не увеличены.
Э	-	Учитывая данные гистологического исследования и МРТ органов малого таза, у пациентки рак шейки матки cT1aN0M0. Показано проведение хирургического лечения в объеме лапаротомии, радикальной гистерэктомии с двусторонней тазовой лимфаднектомией (операция Вертгейма).
P2	-	Тактика ведения отражена полностью верно
P1	-	Тактика ведения отражена не полностью
P0	-	Тактика ведения отражена полностью неверно
В	5	Какова дальнейшая тактика ведения пациентки после хирургического лечения?
Э	-	В послеоперационном периоде показано проведение послеоперационной лучевой терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
		ОПК-7
Н	-	026
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемное отделение стационара бригадой скорой медицинской помощи доставлена пациентка 46 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, общую слабость.</p> <p>Анамнез заболевания: У гинеколога не наблюдается в течение 7 лет. В течение последних 3 месяцев беспокоят периодически возникающие незначительные кровянистые выделения из половых путей. За медицинской помощью не обращалась. Сегодня появились обильные кровянистые выделения из половых путей, вызвала бригаду скорой медицинской помощи, в экстренном порядке доставлена в приемное отделение стационара.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 12 лет, менструации через 28-30 дней, по 5 -7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Последняя менструация в срок, 18 дней назад.</p> <p>В анамнезе: двое срочных физиологических родов (без осложнений), 1 искусственный аборт (на сроке беременности 6-7 недель) без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингофорит с 2009 года (последнее обострение в 2012 году), эктопия шейки матки - диатермокоагуляция в 2011 году.</p> <p>Хронические заболевания: хронический холецистит в стадии ремиссии. Ожирение 2 ст.</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Рост - 165 см. Вес - 100 кг. ИМТ - 36,7</p> <p>Гинекологический статус: В зеркалах: слизистая влагалища</p>

		<p>визуально не изменена, влагалищная порция шейки матки превращена в контактно кровоточащую опухоль смешанного характера, размерами около 4 см, не достигающую сводов влагалища. При влагалищном исследовании: Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Правые, левые придатки четко не определяются, область их безболезненна при пальпации. Определяется умеренная двусторонняя инфильтрация параметрия в близлежащих к шейке отделах.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты $11,5 \times 10^9/\text{л}$ (4,00 - 9,00); Эритроциты $2,89 \times 10^{12}/\text{л}$ (3,90 - 4,70); Гемоглобин 101 г/л (120 - 140); Гематокрит 27% (36 - 42); Тромбоциты $278 \times 10^9/\text{л}$ (180 - 320); Нейтрофилы абс $4,00 \times 10^9/\text{л}$ (2,04 - 5,80); Моноциты абс. $0,20 \times 10^9/\text{л}$ (0,09 - 0,60); Эозинофилы абс. $0,13 \times 10^9/\text{л}$ (0,02 - 0,30); Базофилы абс. $0,000 \times 10^9/\text{л}$ (0,000 - 0,065). СОЭ- 52 мм/час.</p> <p><u>УЗИ органов малого таза:</u> Матка размерами 58х50х55 мм, миометрий неоднородный. М-эхо 12 мм. Эндометрий ровный, гладкий.</p> <p>Яичники не изменены. В проекции шейки матки визуализируется гипоехогенное образование размерами 49х39 мм, инфильтрирующее всю строму шейки, прорастающее серозную оболочку передней губы шейки и подрастающее к задней стенке мочевого пузыря без ее прорастания. При проведении цветного доплеровского картирования в образовании - множественные патологические сосуды</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рак шейки матки IV стадии сT2bNxMx. ОГА. Хронический холецистит (ремиссия). Ожирение II ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Рак шейки матки II2 стадии сT1bNxMx</p> <p>- на основании анамнеза – контактные, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота в течение 3 месяцев</p> <p>- на основании осмотра - влагалищная порция шейки матки превращена в контактно кровоточащую опухоль смешанного характера, размерами около 6 см, не достигающую сводов влагалища. При влагалищном исследовании определяется умеренная инфильтрация параметриев в близлежащих к шейке отделах.</p> <p>- на основании данных УЗИ органов малого таза - В проекции шейки матки визуализируется гипоехогенное образование размерами 49 х39 мм, инфильтрирующее всю строму шейки, прорастающее серозную оболочку передней губы шейки и подрастающее к задней стенке мочевого пузыря без ее прорастания.</p> <p>Диагноз: ОАГА поставлен</p> <p>- на основании анамнеза: хронический двусторонний сальпингофорит с 2009 года (последнее обострение в 2012 году)</p>

		- на основании анамнеза: эктопия шейки матки - диатермоэксцизия в 2011 году Диагноз хронического холецистита поставлен на основании анамнеза
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какова тактика ведения пациентки на данном этапе медицинской помощи?
Э	-	Учитывая кровянистые выделения из половых путей, отсутствие признаков патологии полости матки – показано проведение гемостатической, инфузионной терапии. С целью верификации диагноза проведение биопсии шейки матки. Тактика ведения по результатам гистологического исследования. Дообследование в плановом порядке.
P2	-	Тактика ведения указана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения указана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения указана полностью неверно.
В	4	Какова тактика ведения пациентки, и какое обследование необходимо провести перед началом специализированного лечения, если при дообследовании по данным гистологического исследования биоптата шейки матки выявлен умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак шейки матки.
Э	-	МРТ органов малого таза (с целью оценки размеров опухоли, распространения опухолевой инфильтрации на параметрии, состояния пузырно-маточного клетчатки, регионарных лимфатических узлов). КТ органов грудной клетки и брюшной полости – с целью исключения отдаленных метастазов. Цистоскопия – оценка стенок мочевого пузыря, исключения сдавления стенок мочевого пузыря или прорастания опухоли
P2	-	Объем дообследования отражен полностью верно
P1	-	Объем дообследования отражен не полностью
P0	-	Объем дообследования отражен полностью неверно
В	5	Какова тактика ведения пациентки, если получены следующие данные МРТ органов малого таза: Шейка матки увеличена в размерах до 5431 мм. В нижней трети шейки матки, по передней губе определяется опухолевое образование, дистально распространяющееся на передней свод, на переднюю стенку влагалища до уровня средней трети. На постконтрастных изображениях отмечается менее интенсивное накопление парамагнетика опухолевой тканью - гиповаскулярный тип. Паракольпиум имеет тяжистую структуру, преимущественно справа, что не позволяет исключить микроивазию до 4 мм. Цервикальный канал прослеживается. Мочевой пузырь умеренно наполнен, стенки его не утолщены, без внутрисветных образований. Тазовые отделы мочеточников не расширены. Прямая кишка структурна. Параректальное пространство не изменено. По

		ходу наружных подвздошных сосудов с двух сторон определяются единичные лимфатические узлы округлой формы, неоднородной структуры диаметром до 9 мм. Вдоль внутренних подвздошных сосудов справа определяется образование размерами 1512 мм - вероятнее всего, структурно измененный лимфатический узел Свободной жидкости в малом тазу нет. Костно-деструктивных изменений не выявлено.
Э	-	Пациентке показано проведение комбинированного лечения (неoadьювантная химиолучевая/химиотерапия с последующей оценкой эффекта от проведенного лечения. При достижении резектабельности опухоли, проведение хирургического лечения в объеме операции Вертгейма, с последующим проведение адьювантной лучевой терапии. При отсутствии эффекта от неoadьювантной терапии - проведение радикального курса сочетанной химиолучевой терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	027
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка, 24 лет, была доставлена в приёмный покой стационара машиной скорой помощи с жалобами на тянущие боли внизу живота. Впервые данные симптомы отметила день назад. В медицинские учреждения не обращалась, тест на беременность положительный (со слов), УЗИ органов малого таза не выполнялось, анализ крови на ХГЧ не сдавала. В связи с появлением болей и кровянистых выделений из половых путей вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 12 лет по 5-7 дней через 28-30 дней, регулярные, умеренные, болезненные. Последняя менструация началась 50 дней назад.</p> <p>Половая жизнь с 16 лет, вне брака. Контрацепция: прерванный половой акт. Гинекологические заболевания отрицает Беременности в анамнезе отрицает. Соматический анамнез: миопия средней степени. Хронические заболевания: Хронический гастрит (последнее обострение 2 года назад). Перенесенные операции отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 156 см, вес 49 кг. Пульс 67 ударов/мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.</p>

		<p>Выделения из половых путей на момент осмотра светлые, умеренные.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, выделения из половых путей слизистые, умеренные.</p> <p>PV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>1. Клинический анализ крови: Эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$; Гемоглобин 110 г/л; Лейкоциты $7,2 \cdot 10^9/л$; Нейтрофилы 83,1%; лимфоциты 12,1%; моноциты 3,2%; эозинофилы 1,1%; базофилы 0,5%; Тромбоциты $357 \cdot 10^9/л$.</p> <p>Общий анализ мочи: Удельный вес 1021; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты, цилиндры не обнаружены; рН 5,5; белок отриц.; глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 65г/л; АЛТ 17 Ед/л; АСТ 28 Ед/л; билирубин общий 12 мкмоль/л; глюкоза 5,0 ммоль/л; креатинин 49 мкмоль/л; мочевины 4,9 ммоль/л.</p> <p>Микробиоценоз из трех точек (влагалище, уретра, цервикальный канал): влагалище: лейкоциты 0-5 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора - палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты до 10 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>Цитологический мазок:</p> <p>Эпителий с поверхности шейки матки и эпителий цервикального канала без атипии.</p> <p>1. УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо и один эмбрион КТР=0,8 см (соответствует 7 неделям беременности), сердцебиение присутствует, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,3 см. Правый яичник 2,81,9 см, левый яичник 3,91,8 см, содержит желтое тело диаметром 20мм. Цервикальный канал длиной 45 мм, внутренний зев закрыт.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Угрожающий самопроизвольный аборт на сроке беременности 7/8 недель. Хронический гастрит, ремиссия. Миопия средней степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Угрожающий самопроизвольный аборт на сроке беременности 7/8 недель установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей, положительного теста на беременность. - данных гинекологического осмотра: Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненны при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные. - данных УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо, в полости которого определяется эмбрион КТР=0,8 см (соответствует 7 неделям беременности), сердцебиение отчетливое, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,3 см. Правый яичник 2,81,9 см, левый яичник 3,91,8 см, содержит желтое тело диаметром 20мм. Цервикальный канал щелевидный, длиной 45 мм, внутренний зев закрыт. <p>Диагноз ремиссии хронического гастрита установлен на основании анамнеза и отсутствия у пациентки характерных для обострения гастрита жалоб (боли в эпигастрии через несколько часов после еды и др.).</p> <p>Диагноз миопии средней степени установлен на основании анамнеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Коагулограмма (исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (далее - АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к токсоплазме в крови. Определение группы крови и резус-принадлежности. Определение уровней сывороточных маркеров (биохимический скрининг): связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина (далее - бета-ХГ) (11-14 недель). Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Определение глюкозы венозной плазмы натощак. Определение тиреотропного гормона и свободного тироксина в крови.</p> <p>Электрокардиография (далее - ЭКГ) по назначению врача-терапевта.</p>

		Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза (в сроке 11-14 недель - первый скрининг). Культуральный посев (вагинальный), культуральный посев мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам. Определение Chlamydia trachomatis, Mic. genitalium с помощью полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР)
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль основных физиологических показателей (АД, ЧД, пульса), выделений. Микронизированный прогестерон 200-400 мг в сутки (интравагинально), или дидрогестерон 20-30 мг в сутки (перорально).
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Гормонотерапия (препараты прогестерона): микронизированный прогестерон 200 мг 2 раза в сутки (вагинально), или дидрогестерон – по 10мг 2-3 раза в сутки. Витаминотерапия (фолиевая кислота 800 мкг/сут) или поливитаминные комплексы (Элевит-Пронаталь, Витрум-пренатал форте), или Фемибион- 1) УЗИ - контроль через 7-10 дней, при отсутствии жалоб, прогрессировании беременности - выписка пациентки под наблюдение врача ЖК по месту жительства
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	028
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 25 лет поступила в экстренном порядке в приёмный покой стационара с жалобами на тянущие боли внизу живота. Считает себя больной в течение двух последних дней, когда появились указанные выше жалобы. К врачу не обращалась, со слов тест на беременность положительный, УЗИ органов малого таза не выполнялось, анализ крови на ХГЧ не сдавала. В связи с усилением болей вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар. Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация началась 45

	<p>дней назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев. Гинекологические заболевания отрицает Аборты, выкидыши, роды в анамнезе отрицает. Соматический анамнез: Хронические заболевания: Хронический пиелонефрит (последнее обострение 2 года назад). Перенесенные операции: 2010 год - лапароскопическая аппендэктомия. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 170 см, вес 60 кг. Индекс массы тела 20, 7 кг/м² Пульс 76 ударов/мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей на момент осмотра светлые, умеренные. Гинекологический осмотр: PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, выделения из половых путей слизистые, умеренные. PV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие. Данные лабораторных исследований: 2. Клинический анализ крови: Эритроциты $4,1 \cdot 10^{12}/л$; Гемоглобин 120 г/л; Лейкоциты $6,8 \cdot 10^9/л$; Нейтрофилы 81,3%; лимфоциты 13,6%; моноциты 3,1%; эозинофилы 1,4%; базофилы 0,6%; Тромбоциты $320 \cdot 10^9/л$; Лейкоцитарная формула: Нейтрофилы палочкоядерные 5%; Нейтрофилы сегментоядерные 72%; Лимфоциты 14%; моноциты 9%. Общий анализ мочи: Удельный вес 1016; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты, цилиндры не обнаружены; рН 5,0; белок следы (0.03г/л); глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц. Биохимический анализ крови: общий белок 70г/л; АЛТ 21 Ед/л; АСТ 30 Ед/л; билирубин общий 16 мкмоль/л; глюкоза 4,3 ммоль/л; креатинин 48 мкмоль/л; мочевина 5,0 ммоль/л. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: влагалище: лейкоциты 10-15 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты 10-15 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p>
--	---

		<p>уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p> <p>2. Мазок на гормональный фон: присутствуют навикулярные клетки, реакция соответствует небольшой прогестероновой недостаточности.</p> <p>3. УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо, в полости которого определяется эмбрион КТР=0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), сердцебиение присутствует, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,4 см. Правый яичник 2,72,0 см, левый яичник 2,61,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Цервикальный канал щелевидный, длиной 38 мм, внутренний зев закрыт.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Маточная беременность 6/7 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт. Хронический пиелонефрит, ремиссия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Маточная беременность 6/7 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, отсутствии контрацепции в течение последних 3-х месяцев, положительного теста на беременность. - на основании данных гинекологического осмотра: Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненны при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные. - на основании данных кольпоцитологии: присутствие навикулярных клеток, небольшая прогестероновая недостаточность. - на основании данных УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо, в полости которого определяется эмбрион КТР=0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), сердцебиение отчетливое, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,4 см. Правый яичник 2,72,0 см, левый яичник 2,61,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Цервикальный канал щелевидный, длиной 38 мм, внутренний зев закрыт. <p>Диагноз ремиссии хронического пиелонефрита установлен на основании отсутствия у пациентки характерных для обострения пиелонефрита жалоб (боли в поясничной области, лихорадка и др.).</p>

		а также результатов анализа мочи: Удельный вес 1016; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты, цилиндры не обнаружены; рН 5,0; белок следы (0.03г/л); глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (далее - АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина (далее - бета-ХГ) (11-14 недель), определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды. Определение глюкозы венозной плазмы натощак. Электрокардиография (далее - ЭКГ) по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога). Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза (в сроке 11-14 недель). Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам. Полимеразная цепная реакция (далее - ПЦР) <i>Chlamidia trachomatis</i> .
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль основных физиологических показателей (АД, ЧД, пульса), выделений, спазмолитическая терапия (магния сульфат 250 мг/мл 5 мл внутримышечно, магния цитрат 1,83 г перорально), натуральный микронизированный прогестерон 200-600 мг в сутки перорально или интравагинально, дидрогестерон 10-40 мг в сутки перорально.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью

P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Гормонотерапия (препараты прогестерона в виде масляного раствора (например: прогестерон 2,5% - 1,0 мл в/м), натуральный микронизированный прогестерон 200 мг 2-3 раза в сутки вагинально; синтетический прогестерон – дидрогестерон – по 10мг 2-4 раза в сутки), Спазмолитическая терапия (магния сульфат 250 мг/мл 5 мл внутримышечно, магния цитрат 1,83 г перорально) Витаминотерапия (Витамин Е 200 мг/сут, фолиевая кислота 2-4 мг/сут; либо поливитаминные комплексы (Элевит-Пронаталь, Витрум-пренатал форте, Фемибион 1 и т.д.) УЗИ-контроль через 7-10 дней, при отсутствии жалоб, прогрессировании беременности - выписка пациентки под наблюдение врача ЖК по месту жительства
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	029
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка , 27 лет, доставлена в приемный покой стационара в экстренном порядке с жалобами на выраженные тянущие боли внизу живота, в связи, с чем пациентка вызвала сантранспорт и была госпитализирована в стационар. При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза, выполненное 16 дней назад): В полости матки одно плодное яйцо диаметром 3,6 см (соответствует 7 недель 3 дня), эмбрион определяется, КТР - 1,0 см (соответствует 7 недель 2 дня), сердцебиение отчетливое, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,32 см. Правый яичник 2,61,7 см, левый яичник 3,72,5 см, содержит желтое тело диаметром 1,8 см. Пациентка состоит на учете в ЖК, в беременности заинтересована, принимает витамин Е 200 мг/сут, фолиевую кислоту 400 мкг/сут, утрожестан по 200 мг 2 раза в день(вагинально). Гинекологический анамнез: Менархе с 14 лет по 5 дней через 30-32 дня, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 54 дня назад. Половая жизнь с 20 лет, вне брака. Контрацепция: не предохраняется. Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингофорит (последнее обострение 5 лет назад). Беременности- 4; Роды - 0; Аборты - 1; Выкидыши – 3 (последние 3 беременности подряд) (Яя - полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока, без выскабливания; Пая - самопроизвольный выкидыш на сроке 7/8 недель, с выскабливанием полости матки, без осложнений), Шя - неразвивающаяся беременность на сроке 6//7 недель, с выскабливанием полости матки, без осложнений).

	<p>Соматический анамнез: Хронические заболевания: хронический гастродуоденит с 2012 года (последнее обострение в 2014 году). Перенесенные операции: Лапароскопическая аппендэктомия (2014 год, без осложнений). Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 75/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочейспускание самостоятельное, безболезненное. Гинекологический осмотр: PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, эктопия шейки матки, выделения творожистые, умеренные. PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие. Данные лабораторных исследований: Клинический анализ крови: Эритроциты $3,610^{12}/л$; Гемоглобин 132 г/л; Лейкоциты $8,910^9/л$; Нейтрофилы 80,3%; лимфоциты 12,6%; моноциты 2,1%; эозинофилы 1,5%; базофилы 0,4%; Тромбоциты $32010^9/л$; Лейкоцитарная формула: нейтрофилы палочкоядерные 17%; нейтрофилы сегментоядерные 72%; лимфоциты 6%; моноциты 5%. Общий анализ мочи: удельный вес 1023; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты не обнаружено; pH 5,0; белок отриц.; глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц. Биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л; АЛТ 21 Ед/л; АСТ 30 Ед/л; билирубин общий 25 мкмоль/л; глюкоза 3,7 ммоль/л; креатинин 48 мкмоль/л; мочевины 5,0 ммоль/л. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: влагалище: лейкоциты до 40 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора - мицелий грибов, дрожжеподобные клетки, палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты до 80 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора - мицелий грибов, палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>1. Цитологический мазок: Шейка матки - типический многослойный плоский эпителий Цервикальный канал - типический многослойный плоский и эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.</p>
--	--

	2.	УЗИ органов малого таза трансвагинально и трансабдоминально: В полости матки одно плодное яйцо неправильной формы, эмбрион определяется, КТР - 1,2 см (соответствует 7 недель 5 дней), сердцебиение не определяется, желточный мешок лоцируется, диаметром 0,4 см, неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,72,3 см, левый яичник 3,21,9 см. Визуализируется ретрохориальная гематома размерами 1,31,5 см.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Неразвивающаяся беременность 7/8 недель. Кольпит (кандидозный). Эндоцервицит. Привычная потеря беременности. ОАГА (хронический двухсторонний сальпингоофорит, вне обострения). Хронический гастродуоденит (ремиссия).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Неразвивающаяся беременность 7/8 недель установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб беременной тянущие боли внизу живота; - данных гинекологического анамнеза (в анамнезе три эпизода самопроизвольного прерывания беременности; хронический двухсторонний сальпингоофорит); - данных осмотра (увеличение матки до 7/8 недель беременности, отсутствие увеличения и болезненности придатков матки); - данных УЗИ (в полости матки лоцируется эмбрион, соответствующий 7/8 неделям, сердцебиение отсутствует). <p>Диагноз: Кольпит (кандидозный). Эндоцервицит установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осмотра в зеркалах - результатов мазков на флору: влагалище: лейкоциты до 40 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал - лейкоциты 80 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; также обнаружены патологические изменения в цитологическом мазке, указывающие на наличие воспалительного процесса: цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера. <p>Диагноз: Привычная потеря беременности. ОаГА установлен на основании анамнеза - 3 самопроизвольных выкидыши подряд, хронический двухсторонний сальпингоофорит.</p> <p>Диагноз: Хронический гастродуоденит (ремиссия). поставлен на основании анамнеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке показано: Определение группы крови и резус-принадлежности. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, гепатиту В и С. Определение глюкозы венозной плазмы натощак. Консультация терапевта, ЭКГ. Консультация анестезиолога-реаниматолога. Выскабливание полости матки
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль общего состояния и доступных физиологических показателей: ЧСС, АД, ЧД, патологических выделений из половых путей. Госпитализация в стационар в экстренном порядке.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Тактика лечения на госпитальном этапе: Выскабливание полости матки с последующим выполнением комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреоплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса. Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, противовоспалительная терапия. Контроль уровня ХГЧ в крови после выскабливания полости матки. Контроль самочувствия, состояния и основных физиологических показателей (АД, ЧСС, термометрия) ежедневно, клинического анализа крови, общего анализа мочи перед выпиской. При резус-отрицательной принадлежности крови пациентки и резус-положительной принадлежности крови супруга рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh0(D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh0(D)

		(рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки)
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	030
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка, 30 лет, поступила в стационар в экстренном порядке с жалобами на незначительные тянущие боли внизу живота, темно-коричневые выделения из половых путей, в связи с чем пациентка вызвала сантранспорт и госпитализирована в стационар.</p> <p>При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза: В полости матки одно плодное яйцо диаметром 3,7 см (соответствует 7 недель 3 дня), эмбрион определяется, КТР - 1,0 см (соответствует 7 недель 2 дня), сердцебиение «+», отчетливое, желточный мешок анэхогенный, внутренний диаметр 0,38 см. Правый яичник 2,52,0 см, левый яичник 2,72,5 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см.</p> <p>Пациентка состоит на учете в ЖК, в беременности крайне заинтересована, принимает витамин Е 200 мг/сут, фолиевую кислоту 1 мг/сут, дюфастон по 1 таблетке 3 раза в день.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 11 лет по 5-6 дней через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 55 дней назад. Половая жизнь с 18 лет, вне брака. Контрацепция: не предохраняется. Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит (последнее обострение 1 год назад). Беременности- 4; Роды - 1; Аборты - 1; Выкидыши – 2 (последние 2 подряд) (1 полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока; 2 - аборт в ходу при беременности 7/8 недель, по поводу чего выполнялось выскабливание полости матки) Соматический анамнез: Хронические заболевания: отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 70/мин, АД 110/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей темно-коричневые, скудные. Гинекологический осмотр: PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, покрыта визуально неизменным эпителием, выделения темно-коричневые, скудные. PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт</p>

		<p>Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований: Клинический анализ крови: Эритроциты $4,1 \cdot 10^{12}/л$; Гемоглобин 120 г/л; Лейкоциты $8,8 \cdot 10^9/л$; Нейтрофилы 81,3%; лимфоциты 13,6%; моноциты 3,1%; эозинофилы 1,4%; базофилы 0,6%; Тромбоциты $320 \cdot 10^9/л$; Лейкоцитарная формула: Нейтрофилы палочкоядерные 18%; Нейтрофилы сегментоядерные 73%; Лимфоциты 5%; моноциты 4%.</p> <p>Общий анализ мочи: Удельный вес 1016; цвет светло-жёлтый; прозрачность прозрач.; лейкоциты не обнаружено; рН 5,0; белок +- (0.03г/л); глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 70г/л; АЛТ 21 Ед/л; АСТ 30 Ед/л; билирубин общий 16 мкмоль/л; глюкоза 4,3 ммоль/л; креатинин 48 мкмоль/л; мочевины 5,0 ммоль/л.</p> <p>Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: влагалище: лейкоциты 10-15 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты 50-100 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>3. Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.</p> <p>4. УЗИ органов малого таза трансвагинально и трансабдоминально: В полости матки одно плодное яйцо неправильной формы, эмбрион определяется, КТР - 1,2 см (соответствует 7 недель 5 дней), сердцебиение (-) не определяется, желточный мешок «+», диаметром 0,4 см, неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,52,2 см, левый яичник 2,71,9 см. Визуализируется ретрохориальная гематома размерами 2.31,5 см.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 7/8 недель, замершая. Начавшийся самопроизвольный аборт. Эндоцервицит. Привычное невынашивание. Хронический двухсторонний сальпингоофорит (вне обострения)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Беременность 7/8 недель, замершая. Начавшийся

		самопроизвольный аборт. Эндцервицит. Привычное невынашивание. Хронический двухсторонний сальпингоофорит (вне обострения) установлен: - на основании жалоб беременной на темно-коричневые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота; - на основании данных гинекологического анамнеза (в анамнезе два эпизода самопроизвольного прерывания беременности; хронический двухсторонний сальпингоофорит); - на основании данных осмотра (увеличение матки до 7/8 недель беременности, отсутствие увеличения и болезненности придатков матки, кровянистые выделения из половых путей); - на основании данных УЗИ (в полости матки лоцируется эмбрион, соответствующий 7/8 неделям, сердцебиение отсутствует). -диагноз эндцервицита поставлен на основании результатов мазков на флору: цервикальный канал - лейкоциты 50-100 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; также обнаружены патологические изменения в цитологическом мазке, указывающие на наличие воспалительного процесса: цервикальный канал - типический плоский и эндцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке показано: Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Определение группы крови и Rh-фактора пациентки и мужа (при наличии отрицательного Rh-фактора у пациентки и положительного Rh-фактора у супруга, рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh0(D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh0(D) (рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки)
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль общего состояния и доступных физиологических показателей: ЧСС, АД, ЧД, выделений. Госпитализация в стационар в экстренном порядке.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>Тактика лечения на госпитальном этапе:</p> <p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование.</p> <p>Анализ крови и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, бактериоскопическое исследование мазков из влагалища.</p> <p>Определение глюкозы венозной плазмы натощак.</p> <p>Выскабливание полости матки с последующим выполнением комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреоплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса.</p> <p>Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, противовоспалительная терапия.</p> <p>Контроль самочувствия, состояния и основных физиологических показателей (АД, ЧСС, термометрия) ежедневно, клинического анализа крови, общего анализа мочи перед выпиской.</p> <p>ФТЛ (электрофорез с CaCl на низ живота)</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
		ОПК - 8
Н	-	031
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемный покой родильного дома поступила первобеременная 25 лет, с жалобами на регулярные схватки, появившиеся шесть часов назад. По дороге излились светлые околоплодные воды. Срок беременности 37/38 недель.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 11 лет, менструации по 3-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, вне брака.</p> <p>Протекала с признаками угрозы прерывания в сроке 7/8 недель, получала сохраняющую терапию. Наблюдалась во время беременности в женской консультации, план обследований выполнен полностью. Патологических изменений в предоставленных анализах не выявлено. При осмотре окулиста</p>

		<p>поставлен диагноз: Миопия средней степени. Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; миопия средней степени. Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс - 85 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. При наружном акушерском обследовании: высота стояния дна матки - 37 см, полуокружность матки - 25 см. Положение плода продольное, спинка плода обращена к передней стенке матки, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Схватки по 20-25 секунд, через 5-6-7 минут, недостаточные по силе, регулярные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 156 уд. в минуту. Размеры таза: 25-27-31-21 см. Индекс Соловьева - 16,0 см. Признак Вастена положительный. При влагалищном исследовании: полное раскрытие маточного зева, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды, нижний полюс головки достигается с трудом. Костные экзостозов и деформаций костей таза нет. Мыс не достижим</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды 1-е срочные. II период родов. Клинически узкий таз. Эктопия шейки матки. Миопия средней степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Роды 1-е срочные. II период родов поставлен на основании: - анамнеза и жалоб больной на регулярные схватки, появившиеся 6 часов назад Диагноз: Клинически узкий таз поставлен на основании: - данных наружного акушерского исследования (размеры таза 25-27-31-21 см, индекс Соловьева - 16,0 см, признак Вастена положительный), данных влагалищного исследования (полное раскрытие маточного зева, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды, нижний полюс головки достигается с трудом, мыс не достижим) Диагноз: Эктопия шейки матки поставлен на основании осмотра в зеркалах Диагноз: Миопия средней степени поставлен на основании результатов осмотра окулиста</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Клиническая оценка состояния матери, клиническая оценка состояния матери и плода (КТГ плода), консультация анестезиолога, экстренное родоразрешение путем операции

		кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но экстренное родоразрешение может быть выполнено путем наложения акушерских полостных щипцов.
P0	-	Ответ неверный.
V	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	Профилактическая антибактериальная терапия. Наблюдение родильницы в условиях реанимации (инфузионно-трансфузионная терапия по показаниям). Туалет швов на передней брюшной стенке. Ежедневная оценка инволюции матки и состояния молочных желез родильницы. Оценка функции мочевого пузыря и кишечника (профилактика пареза кишечника). Оценка клинического анализа крови и общего анализа мочи родильницы на 3-и сутки послеоперационного периода. УЗИ органов малого таза на 5-е сутки послеоперационного периода.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, однако неполный
P0	-	Ответ неверный.
V	5	Через какой период времени пациентка может быть выписана?
Э	-	Выписка домой возможна через 7–8 суток при удовлетворительном состоянии матери и новорожденного.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но неполный.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	032
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемный покой родильного дома поступила первородящая, 29 лет, с жалобами на регулярные схватки, появившиеся три часа назад. По дороге излились светлые околоплодные воды.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, в браке.</p> <p>Беременность первая, доношенная. Протекала с признаками угрозы прерывания в сроке 20 недель, получала сохраняющую терапию. Наблюдалась во время беременности в женской консультации, план обследований выполнен полностью. Патологических изменений в предоставленных анализах не выявлено.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; хронический гастрит.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс -76 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.</p> <p>При наружном акушерском обследовании: высота стояния дна матки- 37 см, полукружность матки-30 см. Положение плода продольное, спинка плода обращена к передней стенке матки, предлежит</p>

		<p>головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в минуту. Размеры таза-23-26-28-17 см. Признак Цангемейстера, Вастена- положительные. Индекс Соловьева- 16,0 см.</p> <p>При влагалищном исследовании: Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Нижний полюс головки достигается с трудом. Полость малого таза вся свободна. Мыс достижим. Диагональная конъюгата- 9,5 см.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды 1-е срочные. I период. Ранее излитие околоплодных вод Общеравномерносуженный таз, III степень сужения таза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно, однако с целью оценки состояния плода необходимо выполнить кардиотографическое исследование.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб больной на регулярные схватки, появившиеся три часа назад, данных анамнеза (по дороге излились светлые околоплодные воды), данных наружного акушерского исследования (размеры таза-23-26-28-17 см; признаки Цангемейстера, Вастена - положительные; индекс Соловьева- 16,0 см), данных влагалищного исследования (шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Нижний полюс головки достигается с трудом. Полость малого таза вся свободна. Мыс достижим. Диагональная конъюгата - 9,5 см.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Госпитализация пациентки в родильное отделение, клиническая оценка состояния матери и плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ плода), ЭКГ, консультация анестезиолога, родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но возможно родоразрешение путем наложения акушерских полостных щипцов.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой жидкости определяют в зависимости от исходных данных, объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, а по показаниям обезболивающие препараты, антикоагулянты (не

		ранее 8–12 ч после операции) и антибактериальные лекарственные средства. Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника после инфузионной терапии через 1–2 сут после операции применяют метоклопрамид, неостигмина метилсульфат, а затем назначают очистительную клизму.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный однако, не хватает некоторых групп лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через какой период времени пациентка может быть выписана?
Э	-	Через 7–8 сут при удовлетворительном состоянии матери и новорожденного родильницу можно выписать домой под наблюдение врача женской консультации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но пациентка остается еще месяц под наблюдением родильного дома.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	033
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Повторнородящая 37 лет при сроке беременности 39 недель поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов и спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления.</p> <p>Беременность пятая: Iая - 8 лет назад закончилась срочными родами, без осложнений; IIая - 2 года назад закончилась срочными родами, осложнившимися задержкой доли плаценты, что потребовало проведения ручного отделения задержавшейся доли плаценты и ее выделения; III и IVая - закончились искусственными абортми (abrasio cavi uteri) при сроке 8 и 10 недель без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания: в анамнезе микоплазменная (Mіc. Genital.) инфекция, лечение совместно с партнером, контроль – отриц.</p> <p>Родовая деятельность развивалась в умеренном темпе, и через 6 часов 30 минут от начала родовой деятельности родился живой доношенный мальчик массой 4460 г, длиной 54 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.</p> <p>Через 20 минут после рождения ребенка выделился послед, цел. Оболочки все. Матка сократилась, плотная. Общая кровопотеря составила 260 мл.</p> <p>Через 10 минут после рождения последа из половых путей выделилось еще 250 мл крови со сгустками, кровотечение продолжается.</p> <p>Объективный осмотр: Рост - 172 см, Вес -76 кг. ИМТ - 25,7. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски и влажности. Пульс 79</p>

		уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки выше пупка, матка мягковатая. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды III срочные. Ранний послеродовый период. Гипотоническое послеродовое кровотечение. Крупный плод. ОАГА.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Ранний послеродовый период установлен на основании: - длительности временного промежутка, который прошел после родов - 10 минут</p> <p>Диагноз: Гипотоническое послеродовое кровотечение установлен на основании: - после рождения последа выделилось еще 250 мл крови со сгустками, и общая кровопотеря на момент последнего осмотра составила 510 мл (у роженицы с массой тела 76 кг допустимая кровопотеря составляет 0,5 % массы тела, то есть 380 мл) - дно матки выше пупка, матка мягковатая, что свидетельствует о гипотонии матки</p> <p>Диагноз: Крупный плод поставлен на основании массы плода (4460 г)</p> <p>Диагноз: ОАГА поставлен на основании: - анамнеза о задержке доли плаценты во вторых родах, что потребовало проведения операции ручного обследования полости матки и выделения задержавшейся доли плаценты - анамнезе об микоплазменной инфекции (лечение совместно с партнером, с эффектом)</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>Все действия выполняются поэтапно и последовательно!</p> <p>Катетеризация мочевого пузыря.</p> <p>Катетеризация (пункция) локтевой вены, в/в введение кристаллоидных и коллоидных растворов с целью адекватной коррекции кровопотери.</p> <p>Наружный массаж матки.</p> <p>Вызов анестезиолога, введение пациентки в наркоз.</p> <p>Ручное обследование полости матки, удаление остатков плацентарной ткани, крупных сгустков крови, проверка целостности стенок матки.</p> <p>Наружно-внутренний массаж матки на кулаке.</p> <p>При неэффективности перечисленных методов: Шов на заднюю губу шейки матки по Лосицкой. Трансфузия свежезамороженной плазмы и крови.</p>

		При неэффективности перечисленных методов - хирургический гемостаз: - лапаротомия - наложения швов по В-Линчу - баллонная тампонада матки Эндоваскулярные окклюдизирующие операции (перевязки маточной артерии, внутренней подвздошной артерии - при наличии сосудистого хирурга и необходимого оборудования). Экстирпация матки (при неэффективности хирургического гемостаза)
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, но не полностью, нет четкой последовательности действий.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
В	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	Патология матки (аномалии развития, миома матки, рубец на матке после оперативных вмешательств). Дистрофические изменения миометрия (многочисленные роды, эндометрит, искусственные аборты). Перерастяжение тканей во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие). Аномалии сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности с длительной активацией окситоцином, бурная родовая деятельность). Неадекватное использование утеротонических препаратов в родах.
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно
P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью неверно
В	5	Какова Ваша лечебная тактика при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий и достижения кровопотери свыше 1000 мл?
Э	-	В случае отсутствия эффекта от проводимых консервативных мероприятий и превышении кровопотери свыше 1000 мл, приступить к выполнению чревосечения для выполнения методов хирургического гемостаза. При неэффективности методов хирургического гемостаза показана экстирпация матки.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, но не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	034
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Повторнобеременная повторнородящая 37 лет поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности

		<p>в течение 5 часов, а также спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления. Беременность третья, срок беременности - 39 недель. Первая беременность - 8 лет назад закончилась самопроизвольными родами на сроке беременности 39 недель, без осложнений. Вторая беременность - 2 года назад, закончилась самопроизвольными родами на сроке беременности 38 недель, осложнившимися нарушением отделения плаценты, последовым кровотечением, что потребовало проведения ручного отделения плаценты и выделения последа.</p> <p>I, II периоды родов протекали без осложнений. Через 7 часов 30 минут от начала родовой деятельности родился живой доношенный мальчик массой 4300г, длиной 54 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.</p> <p>Через 15 минут после рождения ребенка выделился послед, цел. Оболочки все. Матка сократилась, плотная. Общая кровопотеря составила 350 мл.</p> <p>Через 10 минут из половых путей выделилось еще 200 мл крови со сгустками, кровотечение продолжается.</p> <p>Объективный осмотр: Рост - 172 см, Вес -76 кг. ИМТ - 25,7. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 86 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки выше пупка, матка мягковатая.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды III срочные. Ранний послеродовой период. Гипотоническое маточное кровотечение. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез. Хронический гастрит вне обострения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Роды III срочные. Ранний послеродовой период. Гипотоническое послеродовое кровотечение. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез. Хронический гастрит вне обострения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - установлен на основании данных истории родов (срок беременности - 39 недель) - на основании анамнеза – в 3-х родах через 10 минут после рождения последа появились кровянистые выделения из половых путей. Также имеются данные анамнеза о нарушении отделения плаценты и выделения последа во 2-х родах, что потребовало проведения операции ручного обследования полости матки. - на основании объема кровопотери: общая кровопотеря на момент осмотра составила 450 мл. У пациентки с массой тела 76 кг допустимая кровопотеря составляет 5 % массы тела, то есть 380 мл. - на основании осмотра – дно матки выше пупка, матка мягковатая что свидетельствует о гипотонии матки. - диагноз крупный плод поставлен на основании массы плода 4300

		гр. - диагноз хронического гастрита вне обострения поставлен на основании анамнеза.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>Катетеризация мочевого пузыря. Вызов анестезиолога, наркоз. Катетеризация (пункция) локтевой вены, начать в/в введение кристаллоидных растворов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери. Ручное отделение и выделение последа. Ручное обследование стенок полости матки. Массаж матки на кулаке. Зашивание разрывов мягких родовых путей. Внутриматочная тампонада (баллонная). Шов на шейку матки по Лосицкой. Трансфузия препаратов крови, кровезаменителей. При неэффективности перечисленных методов хирургический гемостаз: Лапаротомия Наложения швов по В-Линчу Эндоваскулярные окклюзирующие операции (перевязка маточной и яичниковой артерий, подвздошных артерий) Экстирпация матки (при неэффективности хирургического гемостаза) Фармакотерапия: 1. Окситоцин, метилэргометрин 2. Кристаллоиды 3. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы 4. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота) 5. Цефалоспорины 2 и 3 поколения 6. Растворы электролитов</p>
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако неполно
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
В	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	Патология матки (аномалии развития, миома матки, рубец на матке после оперативных вмешательств); дистрофические изменения миометрия (многочисленные роды, эндометрит); перерастяжение тканей во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие); нарушения родовой деятельности (слабость родовой деятельности с длительной активацией окситоцином, бурная родовая деятельность).
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно
P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью

		неверно
В	5	Какова Ваша лечебная тактика при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий и достижения кровопотери свыше 1000 мл?
Э	-	В случае отсутствия эффекта от проводимых мероприятий и достижения кровопотери свыше 1000 мл, приступить к выполнению чревосечения; при неэффективности методов хирургического гемостаза показана экстирпация матки.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	035
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В ЖК обратилась повторнобеременная 37 лет. Дату последней менструации не помнит. О беременности знала, на учет не вставала, не обследовалась. Шевеление плода стала ощущать 18 недель назад. Во время беременности отмечала периодически возникающие мажущие кровянистые выделения из половых путей, но к врачу не обращалась.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет.</p> <p>Беременность - 7я, Роды - 3(без особенностей), аборт - 3 (прерывание беременности - abrasio cavi uteri).</p> <p>Перенесенные заболевания: ОРВИ</p> <p>При наружном акушерском обследовании: высота стояния дна матки-36 см, окружность живота -95 см. Положение плода продольное, спинка плода прилежит к передней стенке матки, предлежит головка плода, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в минуту. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Индекс Соловьева – 14,5 см.</p> <p>При влагалищном исследовании: Шейка матки плотная, длиной 2,5 см, отклонена к крестцу, наружный зев закрыт. Через своды определяется тестоватая ткань. Полость малого таза вся свободна, мыс не достижим.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 36/37 недель беременности. Предлежание плаценты. ОАА.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании следующих данных: 15 недель назад беременная сала ощущать шевеление плода. Во время

		беременности отмечала периодически возникающие мажущие кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании: Через своды определяется тестоватая ткань.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке следует пройти следующие обследования: свертка по туберкулезу, лабораторные исследования-гепатит В, гепатит С,Ф-50, RW, обследование на гонококковую инфекцию. При отсутствии данных исследований родоразрешение следует провести в специализированном роддоме. Пациентке необходимо выполнить ультразвуковое исследование, с целью исключения патологии со стороны плода, оценки состояния плода, определения степени зрелости плаценты.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Каким путем следует проводить родоразрешение данной пациентки и когда?
Э	-	Родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке при сроке более 37 недель.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Способ родоразрешения верный, но возможно родоразрешение при данном сроке беременности .
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введенной жидкости определяют в зависимости от исходных данных, объема кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, а по показаниям обезболивающие препараты, антикоагулянты (не ранее 8–12 ч после операции) и антибактериальные лекарственные средства. Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника.

P2	-	Ответ верный.
P1	-	Выбраны верный однако, не хватает некоторых групп лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
		ОПК-9
Н	-	036
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемный покой доставлена сан.транспортом повторнобеременная 34 лет при сроке беременности 38 недель с жалобами на излитие светлых околоплодных вод в большом количестве.</p> <p>Из анамнеза: Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ. Менархе в 13 лет, менструации по 6 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2010 года (последнее обострение в 2014 году)</p> <p>Беременность вторая. В анамнезе: 2010 г. - один искусственный аборт при сроке 10 недель беременности, осложнившийся метроэндометритом (лечение стационарное, консервативное). На учете в женской консультации с 16 недель беременности. Консультацию посещала за беременность нерегулярно, последняя явка на прием к гинекологу в 28 недель беременности. Третий УЗ- скрининг не выполняла.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс - 72 удара в минуту, ритмичный, умеренного наполнения, артериальное давление 120/75 мм.рт.ст.</p> <p>Форма живота – косо-овальная, высота стояния дна матки - 30 см, окружность живота - 114 см. При наружном акушерском обследовании: головка плода пальпируется выше гребня подвздошной кости справа, тазовый конец пальпируется ближе к левой реберной дуге, спинка обращена кзади, спереди пальпируются мелкие части плода. Матка в нормальном тоне, безболезненная при пальпации во всех отделах. Сердцебиение прослушивается отчетливо в области пупка - ясное, ритмичное, 136 уд. в минуту.</p> <p>Гинекологический осмотр: В зеркалах: Шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные. Подтекают светлые околоплодные воды.</p> <p>При влагалищном исследовании: Шейка матки несколько отклонена к крестцу, длиной 2,0 см, размягчена по периферии, уплотнена по ходу цервикального канала. Цервикальный канал пропускает 1 поперечник пальца за уплотненный внутренний зев. Предлежащая часть не определяется. Подтекают светлые околоплодные воды. Мыс не достижим. Деформаций костей таза и костных экзостозов нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 38 недель. Косое положение плода. Преждевременное излитие околоплодных вод. Первородящая

		старшего возраста. ОГА (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит в анамнезе).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Преждевременное излитие околоплодных вод поставлен на основании: - жалоб больной на излитие околоплодных вод при отсутствии в этот момент родовой деятельности</p> <p>Диагноз: Косое положение плода поставлен на основании: - данных наружного (форма живота косо-овальная, высота стояния дна матки - 30 см, окружность живота - 114 см, при наружном акушерском обследовании: выше гребня подвздошной кости справа пальпируется головка плода, тазовый конец пальпируется ближе к левой реберной дуге) и внутреннего исследования (предлежащая часть при влагалищном исследовании не определяется).</p> <p>Диагнозы: Первородящая старшего возраста. ОГА поставлены на основании: - анамнеза о возрасте первородящей и сведений об отягощенном гинекологическом анамнезе (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит после аборта)</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
B	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Госпитализация пациентки в родильное отделение и родоразрешение (экстренно - путем операции кесарева сечения)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, не указан срочность родоразрешения или способ родоразрешения.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	<p>В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой жидкости определяют в зависимости от объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, обезболивающие, антикоагулянты (по показаниям через 12 часов после операции) и антибактериальные (по показаниям) лекарственные средства.</p> <p>Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника на 3 сутки применяют прозерин, а затем назначают очистительную клизму.</p>
P2	-	Ответ верный.

P1	-	Ответ верный, но не полный.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через какой период времени пациентка может быть выписана?
Э	-	При благоприятном состоянии родильницы и новорожденного, после контрольного УЗИ органов малого таза, выписка возможна на 6-7 сутки после операции (под наблюдение врача женской консультации)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но не полный.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	037
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Роженица 36 лет. Роды первые, срочные. Родовая деятельность началась в 14:00. В 14:30-излились светлые околоплодные воды. Раскрытие маточного зева 3 см.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет, в браке.</p> <p>Беременность первая, доношенная. На учете в женской консультации с 6/7 недель беременности. Беременность протекала без осложнений. В последнем анализе крови – гемоглобин – 90 г/л.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; хронический гастрит.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс -76 ударов в минуту, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст.</p> <p>При наружном исследовании: положение плода продольное, спинка плода прилежит к передней стенки матки, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в минуту. Размеры таза: 26-29-32-21 см.</p> <p>В 20:00 родовая деятельность стала значительно слабее. Аускультативно отмечено урежение сердцебиения плода до 90 уд. в минуту, не выравнивается, стало приглушенным и временами аритмичным.</p> <p>При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева 5 см, края податливые. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды 1 срочные, I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Вторичная слабость родовой деятельности. Начавшаяся гипоксия плода. ОГА. Первородящая старшего возраста. Сопутствующий диагноз: Анемия легкой степени. Хр. гастрит
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов

		исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки на появление регулярной родовой деятельности в 14:00. В 14:30-излились светлые околоплодные воды. При оценке темпов родовой деятельности в 20:00 родовая деятельность стала значительно слабее. Раскрытие маточного зева в течение 5,5 часов увеличилось всего на 2 см. Отмечалось урежение сердцебиения до 90 уд. в минуту, стало приглушенным и временами аритмичным.</p> <p>При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева 5 см, края податливые. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева кпереди. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.</p> <p>Диагноз анемии был поставлен на основании данных лабораторных методом обследования.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные метода исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Дальнейшая тактика врача :
Э	-	Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но возможна родоразрешение путем наложения акушерских полостных щипцов.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	<p>В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введенной жидкости определяют в зависимости от исходных данных, объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, а по показаниям обезболивающие препараты, антикоагулянты (не ранее 8–12 ч после операции) и антибактериальные лекарственные средства.</p> <p>Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника после инфузионной терапии через 1–2 сут после операции применяют метоклопрамид, неостигмина метилсульфат, а затем назначают очистительную клизму (только по показаниям).</p>
P2	-	Ответ верный.
P1	+	Ответ верный, однако следует добавить антианемическую терапию.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через какой период времени пациентка может быть выписана?

Э	-	Через 7–8 сут после операции родильницу можно выписать домой под наблюдение врача женской консультации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но пациентка остается еще месяц под наблюдением родильного дома.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	038
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В акушерский стационар поступила повторнородящая 35 лет при сроке беременности 38 недель и с наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов. Околоплодные воды подтекают в течение 2 часов. Шевеления плода ощущает хорошо. С началом родовой деятельности отмечает появление кровянистых выделений из половых путей в незначительном количестве.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 12 лет, менструации по 7 дней, через 28 дней, регулярные, обильные, безболезненные. В анамнезе: одни срочные роды и три искусственных аборта (выскабливание полости матки) в сроке до 12 недель, последний искусственный аборт (в 2014 году) осложнился острым двусторонним сальпингоофоритом и метроэндометритом (лечение стационарное, консервативное).</p> <p>На учете в женской консультации не состоит, со слов пациентки известно, что она посетила врача в частной клинике всего два раза за время беременности. От выполнения акушерского УЗИ отказывалась на протяжении всей беременности. На протяжении последних 10 недель беременности отмечала мажущие кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Рост – 172 см, масса тела – 90 кг. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно доношенному сроку беременности, между схватками расслабляется хорошо, при пальпации безболезненная во всех отделах. Схватки через 3-4 минуты, по 30-40 секунд, средней интенсивности, умеренно болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.</p> <p>Гинекологический осмотр (произведен в условиях развернутой операционной):</p> <p>В зеркалах: Шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные. Подтекают светлые околоплодные воды.</p> <p>PV: Влагалище емкое. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 9 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые околоплодные воды в небольшом количестве. Слева и спереди около края маточного зева определяется край ткани тестообразной консистенции. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Через боковые своды влагалища определяется тестоватая ткань. Мыс не достижим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет. Кровянистых выделений нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды II срочные. Неполное предлежание плаценты. ОАГА (3 искусственных аборта, острый сальпингоофорит,

		метроэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Роды II срочные установлен на основании данных акушерского анамнеза (повторнородящая, в анамнезе одни срочные роды), срока беременности (срок беременности 38 недель), жалоб пациентки на наличие регулярной родовой деятельности в течение 4 часов, данных объективного осмотра (схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд) и влагалищного осмотра (раскрытие маточного зева 9 см).</p> <p>Диагноз: Неполное предлежание плаценты установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анамнеза: на протяжении последних 10 недель беременности отмечала мажущие кровянистые выделения из половых путей - влагалищного осмотра (слева и спереди у края маточного зева на небольшом участке определяется край плаценты тестообразной консистенции, через боковые своды влагалища определяется тестоватая ткань). <p>Диагноз: ОАГА установлен на основании данных анамнеза (три искусственных аборта, острый сальпингофорит и метроэндометрит после последнего аборта).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план ведения родов в данном случае.
Э	-	Учитывая неполное предлежание плаценты, отсутствие кровотечения, почти полное раскрытие маточного зева у повторнородящей пациентки, удовлетворительное состояние плода, возможно продолжить дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути. Необходимо выполнить профилактику кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде. При возникновении кровотечения во II периоде родов - показана операция наложения акушерских щипцов.
P2	-	План ведения родов составлен полностью верно.
P1	-	План ведения родов составлен верно, однако нет обоснования возможности продолжения ведения родов через естественные родовые пути, не назван план действий при возникновении кровотечения.
P0	-	План ведения родов составлен полностью неверно.
B	4	Назовите необходимые меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
Э	-	<p>Необходимо активное ведение III периода родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обязательна постановка периферического венозного катетера в родах у пациенток с высоким риском развития кровотечения

		(анамнез последового/послеродового кровотечения, крупный плод, многоводие, многоплодие, третьи и последующие роды, первородящая старшего возраста, исходные нарушения в системе гемостаза) - выведение мочи катетером после рождения ребенка - после рождения последа - необходимо применение холода и груза на низ живота - окситоцин 10 ЕД в III периоде родов (в/в медленно – в течение не менее 1 минуты или в/м) - необходимо измерение уровня АД и пульса в начале раннего послеродового периода, через 1 час и через 2 часа после родов (при переводе родильницы в послеродовое отделение) - контроль состояния матки в раннем послеродовом периоде проводится каждые 30 минут, с внесением данных в историю родов - прикладывание новорожденного к груди - в родильном зале
P2	-	Названы верные меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P1	-	Названы не все меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P0	-	Ответ неверный: названы неверные мероприятия профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, или не названо ни одной из мер профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
B	5	Назовите ошибки ведения беременности на догоспитальном этапе в данном случае.
Э	-	Учитывая наличие у пациентки в анамнезе 3 искусственных аборта с выскабливанием в сроке до 12 недель, один из которых осложнился острым сальпингоофоритом и метроэндометритом, необходимо было оценить риск развития осложнений плацентации (неправильное расположение и прикрепление плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) и своевременно госпитализировать пациентку в акушерский стационар. Однако, в связи с тем, что пациентка не наблюдалась в женской консультации и отказалась от УЗИ, не было возможности достоверно оценить состояние беременной, диагностировать аномалию расположения плаценты (неполное предлежание плаценты), и своевременно госпитализировать ее на отделение патологии беременности, где должен был вовремя составлен адекватный план ведения родов.
P2	-	Ошибки ведения беременности в женской консультации указаны верно.
P1	-	Ошибки указаны неполно.
P0	-	Ошибки ведения беременности указаны неверно.
H	-	039
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Роженица 30 лет, доставлена в родильное отделение.

		<p>Схватки появились 7 часов назад. По дороге излились светлые околоплодные воды.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке.</p> <p>Беременность – 2я. Роды-1 (пять лет назад без особенностей). На учете в женской консультации с 6/7 недель беременности.</p> <p>Беременность протекала без осложнений. При ультразвуковом исследовании в 33 недели около шейки плода определялось два среза пуповины.</p> <p>Гинекологические заболевания: отрицает.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ;</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс 82 удара в минуту, артериальное давление 135/80 мм.рт.ст.</p> <p>При наружном исследовании: положение плода продольное, спинка плода обращена к передней стенке матки, предлежит головка плода. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Сердцебиение плода 90 уд.в. минуту, не выравнивается.</p> <p>При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, перед опусканием головки было отмечено появление мекония в околоплодных водах.</p> <p>Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева кпереди, большой не достигается. Головка плода в полости малого таза. Нижний полюс ее находится на уровне верхушки крестца. Седалищные ости пальпируются с трудом.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды II срочные. II период родов. Начавшаяся гипоксия плода.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании признаков гипоксии плода: Сердцебиение плода 90 уд.в. минуту, появления околоплодных вод окрашенных меконием. А так же на основании влагалищного исследования: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.</p> <p>Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева кпереди, большой не достигается. Головка плода в полости малого таза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные метода исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дальнейшая тактика врача.
Э	-	Необходимо закончить роды наложением акушерских полостных щипцов.
P2	-	Ответ верный.

P1	-	Ответ верный, однако возможно закончить роды путем операции кесарево сечение.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Назовите условия для наложения акушерских щипцов описанные в данной задаче?
Э	-	Живой плод. Полное открытие маточного зева. Отсутствие плодного пузыря. Расположение головки плода в полости малого таза. Соответствие размеров головки плода и таза матери
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный, но указаны не все условия.
P0	-	Ответ неверный
B	5	В раннем послеродовом периоде необходимо провести?
Э	-	В раннем послеоперационном периоде после наложения полостных акушерских щипцов проводят ручное удаление последа и контрольное обследование послеродовой матки для установления её целостности.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный, но возможно проведение данной операции в позднем послеродовом периоде.
P0	-	Ответ неверный
H	-	040
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемный покой поступила женщина 35 лет с жалобами на излитие большого количества светлых околоплодных вод.</p> <p>Беременность по сроку 37 недель.</p> <p>Из анамнеза: Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Менархе в 14 лет, менструации по 5 через 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит.</p> <p>Беременность первая. На учете в женской консультации с 13 недель. Консультацию посещала три раза за всю беременность. При сроке 33/34 недель при ультразвуковом исследовании было выявлено многоводие. От антибактериальной терапии амбулаторно отказалась.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс - 66 ударов в минуту, артериальное давление 125/80 мм.рт.ст.</p> <p>Форма живота поперечно-овальная, высота стояния дна матки - 31 см, окружность живота - 110 см. При наружном акушерском обследовании: выше гребня подвздошной кости справа пальпируется головка плода, выше гребня подвздошной кости слева пальпируется тазовый конец, спинка обращена кпереди. Сердцебиение прослушивается отчетливо в области пупка - ясное, ритмичное, 134 уд. в минуту.</p> <p>При влагалищном исследовании: шейка матки несколько отклонена к крестцу, длиной 2,0 см, размягчена по периферии,</p>

		уплотнена по ходу цервикального канала, цервикальный канал пропускает 1 поперечник пальца за уплотненный внутренний зев. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая часть не определяется.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 37 недель. Преждевременное излитие околоплодных вод. Поперечное положение плода. Многоводие. Первородящая старшего возраста. ОГА (хронический сальпингоофорит в анамнезе).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Диагноз поставлен верно, однако не указан какой-либо из компонентов диагноза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Срок беременности 37 недель указан в условиях к задаче. Преждевременное излитие околоплодных вод поставлено на основании жалоб больной на излитие околоплодных вод и отсутствие при этом родовой деятельности. Поперечное положение плода – на основании данных наружного (форма живота поперечно-овальная, высота стояния дна матки - 31 см, окружность живота - 110 см. При наружном акушерском обследовании: выше гребня подвздошной кости справа пальпируется головка плода, выше гребня подвздошной кости слева пальпируется тазовый конец) и внутреннего исследования (предлежащая часть при влагалищном исследовании не определяется). Многоводие поставлено на основании анамнестических данных (излитие большого количества околоплодных вод) и данных УЗИ в 34 недели. Возраст первородящей и сведения об ОГА указаны в условиях задачи.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
В	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Госпитализация пациентки в родильное отделение и экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, не указан срок или способ родоразрешения.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой

		жидкости определяют в зависимости от объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, обезболивающие, антикоагулянты (по показаниям через 12 часов после операции) и антибактериальные (по показаниям) лекарственные средства. Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника на 3 сутки применяют прозерин, а затем назначают очистительную клизму.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не хватает некоторых групп лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через какой период времени пациентка может быть выписана?
Э	-	Через 6-7 сутки после операции родильницу можно выписать под наблюдение врача женской консультации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не указано, что необходимо наблюдение женской консультации.
P0	-	Ответ неверный.
		ОПК-10
H	-	041
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В акушерский стационар поступила повторнородящая 37 лет при сроке беременности 37 недель и наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает отчетливо. За 4 часа до госпитализации отмечала появление кровянистых выделений из половых путей в небольшом количестве.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 13 лет, менструации по 5-7 дней, через 28 дней, регулярные, обильные, безболезненные. В анамнезе: 2 срочных родов и 2 искусственных аборта (выскабливание полости матки) в сроке до 12 недель, из которых последний был выполнен 1 год назад и осложнился метроэндометритом.</p> <p>На учете в женской консультации с 17 недель беременности, посетила женскую консультацию всего два раза за время беременности. От УЗИ плода категорически отказалась.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Рост – 170 см, масса тела – 88 кг. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд, средней интенсивности, умеренно болезненные. Матка увеличена соответственно доношенному сроку беременности, между схватками расслабляется хорошо, при пальпации безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту.</p> <p>Влагалищное исследование: Влагалище емкое. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 9 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь цел. Справа и сзади у края маточного зева на небольшом участке определяется край плаценты тестообразной консистенции. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет. Кровянистых выделений нет.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды III срочные. Неполное предлежание плаценты. ОГА (2 искусственных аборта, метроэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Упущены отдельные компоненты диагноза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз "Роды III срочные" установлен на основании данных акушерского анамнеза (повторнородящая, в анамнезе 2 срочных родов), срока беременности (срок беременности 37 недель), жалоб пациентки на наличие регулярной родовой деятельности в течение 4 часов, данных объективного осмотра (схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд) и влагалищного осмотра (раскрытие маточного зева 9 см). Неполное предлежание плаценты установлено на основании влагалищного осмотра (справа и сзади у края маточного зева на небольшом участке определяется край плаценты тестообразной консистенции). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез установлен на основании данных анамнеза пациентки (2 искусственных аборта, метроэндометрит после одного из них).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план ведения родов в данном случае.
Э	-	Учитывая неполное предлежание плаценты, отсутствие кровотечения, почти полное раскрытие маточного зева у роженицы в третьих родах, удовлетворительное состояние плода, дальнейшее ведение родов возможно через естественные родовые пути с выполнением амниотомии. Необходимо выполнить профилактику кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде. В случае возникновения кровотечения после амниотомии показано выполнение операции кесарева сечения. При возникновении кровотечения во II периоде родов - показана операция наложения акушерских щипцов.
P2	-	План ведения родов составлен полностью верно.
P1	-	План ведения родов составлен верно, однако нет обоснования возможности продолжения ведения родов через естественные родовые пути, не назван план действий при возникновении кровотечения.
P0	-	План ведения родов составлен полностью неверно.
В	4	Назовите необходимые меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
Э	-	Необходимо активное ведение III периода родов. Обязательна постановка периферического венозного катетера в родах у

		<p>пациенток с высоким риском развития кровотечения (анамнез послеродового/послеродового кровотечения, крупный плод, многоводие, многоплодие, третьи и последующие роды, первородящая старшего возраста, исходные нарушения в системе гемостаза). Выведение мочи катетером после рождения ребенка. Прикладывание новорожденного к груди в родильном зале. Окситоцин 10 ЕД в III периоде родов (в/в медленно – в течение не менее 1 минуты или в/м) или в мышцу матки после извлечения новорожденного при кесаревом сечении. После рождения последа необходимо применение холода и груза на низ живота.</p> <p>Необходимо измерение уровня артериального давления и пульса в начале раннего послеродового периода, через 1 час и через 2 часа после родов (при переводе родильницы в послеродовое отделение). Состояние матки в раннем послеродовом периоде контролируется каждые 30 минут. Данные вносятся в историю родов.</p>
P2	-	Названы верные меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P1	-	Названы не все меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P0	-	Ответ неверный: названы неверные мероприятия профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, не названо ни одной из мер профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
B	5	Назовите ошибки ведения беременности в данном случае.
Э	-	Учитывая наличие у пациентки в анамнезе 2 искусственных абортов с выскабливанием в сроке до 12 недель, один из которых был выполнен 1 год назад и осложнился метроэндометритом, врачу женской консультации необходимо было оценить риск развития осложнений беременности (неправильное расположение и прикрепление плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) и своевременно госпитализировать пациентку в родильный дом. Однако, в связи с тем, что пациентка наблюдалась в женской консультации с 17 недель беременности, посетила ее всего два раза и отказалась от УЗИ, не было возможности достоверно оценить состояние женщины, диагностировать неполное предлежание плаценты и своевременно госпитализировать ее на отделение патологии беременности, где вовремя составить план ведения родов.
P2	-	Ошибки ведения беременности в женской консультации указаны верно.
P1	-	Ошибки указаны неполно.
P0	-	Ошибки ведения беременности указаны неверно.
H	-	042
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемный покой акушерского стационара поступила повторнородящая 35 лет при сроке беременности 34 недели с жалобами на внезапно появившиеся 1 час назад кровянистые выделения из половых

		<p>путей. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 14 лет, менструации по 6-7 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. В анамнезе: 1 срочные роды и 1 искусственный аборт (выскабливание) в сроке до 12 недель, выполненный за три месяца до настоящей беременности, осложнившийся метроэндометритом. На учете в женской консультации с 10 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Общая прибавка массы тела за время беременности 11 кг, равномерная.</p> <p>По данным УЗИ плода при сроке беременности 30/31 недели: 1 плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 1450 г, видимых пороков развития плода не выявлено, плацента полностью перекрывает область внутреннего зева, околоплодные воды в нормальном количестве.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Рост – 160 см, масса тела – 85 кг. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 34 неделям беременности, в нормотонусе, при пальпации безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту. Из половых путей - кровянистые выделения в умеренном количестве, подкладная обильно пропитана кровью. Общий объем кровянистых выделений составляет 500 мл.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 34 недели. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. ОГА (1 искусственный аборт, метроэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Часть компонентов диагноза упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Срок беременности указан в условиях задачи.</p> <p>Полное предлежание плаценты установлено по данным УЗИ в 30/31 неделю (плацента полностью перекрывает область внутреннего зева).</p> <p>Диагноз “кровотечение” установлен на основании данных анамнеза (сама указывает на кровянистые выделения), осмотра (из половых путей - кровянистые выделения в умеренном количестве, подкладная обильно пропитана кровью, общий объем кровянистых выделений составляет 500 мл).</p> <p>Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез установлен на основании данных анамнеза пациентки (1 искусственный аборт осложнившийся метроэндометритом).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Осмотр шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование -

		только в условиях развернутой операционной. Перед операцией кесарева сечения по поводу кровотечения при предлежании плаценты - клинический анализ крови, группа крови и резус-фактор, коагулограмма. Возможно дополнительно выполнить УЗИ плода, если это возможно сделать очень быстро в условиях развернутой операционной.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	В связи с наличием кровотечения при полном предлежании плаценты, показано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Необходимо во время подготовки к операции начать проведение адекватной инфузионной терапии под контролем показателей гемодинамики и почасового диуреза.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.
P1	-	Нет полного описания дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.
B	5	Назовите препараты для инфузионно-трансфузионной терапии в данном случае. Обоснуйте применение кристаллоидов и коллоидов в данном случае.
Э	-	Препараты выбора – солевые растворы. Кристаллоиды (0,9% раствор натрия хлорида, дисоль, трисоль, ацесоль, лактосол, мафусол и др.) хороши тем, что они могут восстановить ОЦК без существенного влияния на сердечный выброс. Препаратами выбора среди коллоидов являются растворы гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК), которые обладают выраженным и стабильным гемодинамическим эффектом, за счет увеличения ОЦК, сердечного выброса, улучшения реологических свойств крови и восстановления кровотока в микрососудах. Препараты ГЭК – рефортан, стабизол, инфукол, НАЕС-стерил, волекам и др.
P2	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, обосновано их применение.
P1	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы не полностью, но обосновано их применение, препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, но не обосновано их применение.
P0	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы неверно, не обосновано их применение.
		ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5.
H	-	043
И		Проведение обследования пациентки с целью установления диагноза

У		Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
В		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Э		<p>В приемный покой акушерского стационара поступила повторнобеременная 28 лет со сроком беременности 32 недели и жалобами на кровянистые выделения из половых путей в объеме 10-20 мл, появившиеся после физической нагрузки. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает отчетливо.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 12 лет, менструации по 3-5 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. В анамнезе: 3 искусственных аборта в сроке до 12 недель, последний выполнен 1,5 года назад, осложнившийся метроэндометритом с повторным выскабливанием полости матки. На учете в женской консультации с 9 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно, последнее посещение неделю назад. Прибавка массы тела за время беременности 9 кг, равномерная. Настоящая беременность протекала без осложнений.</p> <p>По данным УЗИ плода при сроке беременности 30/31 неделя беременности: 1 плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 1650 г, видимых пороков развития плода не выявлено, плацента расположена по передней стенке матки в нижнем сегменте, край плаценты доходит до внутреннего зева частично перекрывая его, околоплодные воды в нормальном количестве.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Рост – 166 см, масса тела – 75 кг. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации в отделах свободных от беременной матки мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно 32 неделям беременности, при пальпации безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту. Из половых путей скудные кровянистые выделения. На подкладной незначительное количество кровянистых выделений.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 32 недели. Неполное предлежание плаценты. Кровотечение. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (3 искусственных аборта, метроэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценено состояние плода; не дополнен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Беременность 32 недели установлен на основании подсчета акушерского срока беременности, отсутствии данных о начале родовой деятельности и данных объективного и влагалищного осмотра.</p> <p>Диагноз Неполное предлежание плаценты определен по данным УЗИ при сроке беременности 30/31 неделя (плацента расположена</p>

		по передней стенке матки в нижнем сегменте, край плаценты доходит до внутреннего зева частично перекрывая его). Диагноз Кровотечение установлен на основании жалоб на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся после физической нагрузки, данных осмотра (из половых путей скудные кровянистые выделения; на подкладной незначительное количество кровянистых выделений). Диагноз Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез поставлен на основании данных анамнеза пациентки (3 искусственных аборта в сроке до 12 недель, последний выполнен 1,5 года назад, осложнившийся метроэндометритом с повторным выскабливанием полости матки).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Возможно дополнительно выполнить УЗИ плода. Запись КТГ. Осмотр шейки матки в только в условиях развернутой операционной.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	Учитывая незначительное кровотечение, недоношенный срок беременности, отсутствие родовой деятельности, удовлетворительное состояние беременной и удовлетворительное состояние плода показано проведение сохраняющей терапии и профилактики дистресс-синдрома плода под постоянным КТГ-контролем за состоянием плода.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.
P1	-	Нет полного обоснования дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.
B	5	Назовите препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и схемы их применения.
Э	-	Бетаметазон – 12 мг, внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс. Дексаметазон – 6 мг, внутримышечно через 12

		часов, всего 4 дозы на курс.
P2	-	Препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и схемы их применения названы верно.
P1	-	Препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода названы верно, но схемы их применения не названы. или Препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода названы не все, но схемы применения названных препаратов названы верно.
P0	-	Препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и схемы их применения названы неверно.
H	-	044
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемный покой акушерского стационара машиной «скорой помощи» доставлена первобеременная 24 лет с жалобами на внезапно появившиеся 1 час назад тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей в небольшом количестве. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает слабо. Жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области отрицает. Срок беременности 37/38 недель.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 12 лет, менструации по 5-7 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На учете в женской консультации с 8/9 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Общая прибавка массы тела за время беременности 16 кг, неравномерная. При сроке беременности 34/35 недель находилась в родоразделительном отделении акушерского стационара по поводу преэклампсии средней (умеренной) тяжести, получала гипотензивную терапию. Динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст. В анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л. Соматические заболевания отрицает.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Рост – 170 см, масса тела – 90 кг. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации в отделах свободных от беременной матки мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно 37 неделям беременности, в повышенном тоне, при пальпации болезненная. Пальпация плода затруднена, положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту. Из половых путей в умеренном количестве кровянистые выделения, подкладная умеренно пропитана кровью. Общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 37/38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Преэклампсия средней (умеренной) степени. Острая гипоксия плода.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценено состояние плода; или неверно оценили степень

		преэклампсии.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Беременность 37/38 недель установлен на основании подсчета акушерского срока беременности, отсутствии данных о начале родовой деятельности и данных объективного и влагалищного осмотра (матка увеличена соответственно 37 неделям беременности).</p> <p>Диагноз Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты определен на основании жалоб пациентки на внезапно появившиеся 1 час назад тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей в небольшом количестве, на основании данных осмотра (матка в повышенном тоне, при пальпации болезненная, из половых путей в умеренном количестве кровянистые выделения, подкладная умеренно пропитана кровью; общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл).</p> <p>Диагноз Преэклампсия средней (умеренной) степени поставлен на основании данных анамнеза (общая прибавка массы тела за время беременности 16 кг, неравномерная; 3 недели назад получала гипотензивную терапию по поводу преэклампсии легкой степени; динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст.; в анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л; соматические заболевания отрицает).</p> <p>Диагноз Острая гипоксия плода поставлен на основании жалоб пациентки на уменьшение шевелений плода, на основании объективных данных (сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью или неверно обосновано состояние плода; или неверно обоснована степень преэклампсии. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Осмотр шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование только в условиях развернутой операционной.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	Показана экстренное родоразрешение путем операция кесарева

		сечения, на фоне адекватной инфузионной терапии (кристаллоиды коллоиды, компоненты крови по показаниям). Комплексная терапия преэклампсии в послеоперационном периоде.
P2	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно.
P1	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно, но неполно.
P0	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы неверно.
B	5	Назовите препараты для инфузионно-трансфузионной терапии в данном случае. Обоснуйте применение кристаллоидов и коллоидов в данном случае.
Э	-	<p>Препараты выбора для первой помощи – не содержащие глюкозы солевые растворы. Кристаллоиды более эффективны для возмещения внеклеточной воды. Кристаллоиды (0,9 % раствор натрия хлорида, дисоль, трисоль, ацесоль, лактосол, мафусол и др.) хороши тем, что они могут восстановить ОЦК без существенного влияния на сердечный выброс.</p> <p>Препаратами выбора среди коллоидов являются растворы гидроксипропилированного крахмала (ГЭК), которые обладают выраженным и стабильным гемодинамическим эффектом, за счет увеличения объема циркулирующей крови, сердечного выброса, улучшения реологических свойств крови и восстановления кровотока в микрососудах. ГЭК – природный полисахарид, получаемый из амилопектинового крахмала и состоящий из полимеризованных остатков глюкозы. Препараты ГЭК – рефортан, стабизол, инфукол 6% и 10%, НАЕС, Волекам, НАЕВ-стерил и т.д. Все формы ГЭК улучшают реологические свойства крови и микроциркуляцию.</p>
P2	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, обосновано их применение.
P1	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы не полностью, но обосновано их применение. или Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, но не обосновано их применение.
P0	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы неверно, не обосновано их применение.
H	-	045
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Родильница 26 лет на 4 сутки после первых срочных родов через естественные родовые пути, протекавших на фоне безводного промежутка длительностью 14 часов и операции ручного выделения задержавшейся дольки плаценты, предъявляет жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 38,6оС.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 14 лет, менструации по 3-5 дней, через 29-31 день, умеренные, безболезненные, регулярные. В анамнезе: 2 искусственных аборта в сроке до 12 недель, без осложнений. На учете в женской консультации с 10 недель беременности, посещала женскую</p>

		<p>консультацию за время беременности регулярно. Прибавка массы тела за время беременности 12 кг, равномерная. Настоящая беременность протекала без осложнений.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 94 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 38,6°C. Лактация достаточная, сцеживание молока затруднено. Обе молочные железы увеличены, упругие. На сосках обеих молочных желез трещины. В верхнем наружном квадранте правой молочной железы определяется гиперемия кожи, без инфильтрации подлежащих тканей. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Матка плотная, дно матки на 3 поперечника пальца ниже пупка, безболезненная при пальпации. Выделения из половых путей кровянисто-серозные, умеренные.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Послеродовый период 4 сутки. Лактостаз. Правосторонний серозный лактационный мастит.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценено стадия лактационного мастита.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Послеродовый период 4 сутки установлен на основании данных о послеродовом периоде.</p> <p>Диагноз Лактостаз, Серозный лактационный мастит определен на основании жалоб пациентки на слабость, озноб, повышение температуры тела до 38,6°C, на основании объективных данных (температура тела 38,6°C, лактация достаточная, сцеживание молока затруднено, обе молочные железы увеличены, упругие; на сосках обеих молочных желез трещины, в верхнем наружном квадранте правой молочной железы определяется гиперемия кожи, без инфильтрации подлежащих тканей.).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, УЗИ молочных желез.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
В	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения родильницы в данном случае.
Э	-	Сцеживание молока из обеих молочных желез (сначала из здоровой, затем из больной) через каждые 3 ч; внутримышечное введение 2 мл дротаверина на протяжении 3 сут. через равные

		промежутки времени 3 раза в день за 20 мин до сцеживания молока из больной молочной железы; внутримышечное введение антибиотиков широкого спектра действия в среднетерапевтических дозах; десенсибилизирующая терапия (внутримышечное введение 1 мл 1% раствора дифенгидрамина 3 раза в сутки); витаминотерапия (аскорбиновая кислота и витамины группы В); полуспиртовые компрессы на молочную железу 1 раз в сутки; при положительной динамике заболевания через сутки после начала консервативной терапии местно УВЧ-или УЗ-терапия; не следует применять местно холод и согревающие мазевые компрессы.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
P1	-	Нет полной тактики ведения родильницы в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
V	5	Назовите классификацию лактационного мастита.
Э	-	По характеру воспалительного процесса различают негнойные (серозный и инфильтративный) и гнойные (абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегмонозный и гангренозный) формы острого лактационного мастита. В зависимости от локализации очага воспаления мастит бывает подкожным, субареоллярным, интрамаммарным, ретромаммарным и тотальным, когда поражаются все отделы молочной железы.
P2	-	Классификация лактационного мастита названа верно.
P1	-	Классификация лактационного мастита названа не полностью.
P0	-	Классификация лактационного мастита названа неверно.
H	-	046
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Родильница 28 лет на 5 сутки после первых срочных родов через естественные родовые пути, протекавших без осложнений, предъявляет жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,1°C, боль распирающего характера в левой молочной железе.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 13 лет, менструации по 3-5 дней, через 29-31 день, умеренные, безболезненные, регулярные. В анамнезе: 3 искусственных аборта в сроке до 12 недель, без осложнений. На учете в женской консультации с 11 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Прибавка массы тела за время беременности 11 кг, равномерная. Настоящая беременность протекала с явлениями угрозы прерывания (госпитализация при сроках 14 и 24 недели беременности), ОРВИ при сроке 34 недели беременности с повышением температуры тела до 37,4°C.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 102 удара в минуту, напряжен, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Температура тела 39,1°C. Левая молочная железа увеличена, отечная, кожные покровы молочной железы гиперемированы. В нижненаружном квадранте определяется участок флюктуации, размерами 4x4x3 см, резко болезненный при пальпации. Правая молочная железа увеличена, упругая, кожные покровы обычной окраски. Сцеживание молока из обеих молочных желез затруднено, болезненное.</p>

		На сосках обеих молочных желез трещины. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Матка плотная, дно матки на середине расстояния между пупком и лоном, безболезненная при пальпации. Выделения из половых путей серозно-сукровичные, скудное количество.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Послеродовый период 5 сутки. Лактостаз. Инфильтративно-гнояный лактационный мастит, абсцесс левой молочной железы.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценено стадия лактационного мастита и осложнение.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Послеродовый период 5 сутки установлен на основании данных о послеродовом периоде. Диагноз Лактостаз, Инфильтративно-гнояный лактационный мастит, абсцесс левой молочной железы определен на основании жалоб пациентки на слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,1°C, боль распирающего характера в левой молочной железе, на основании объективных данных (температура тела 39,1°C; левая молочная железа увеличена, отечная, кожные покровы молочной железы гиперемированы; в нижненаружном квадранте определяется участок флюктуации, размерами 4x4x3 см, резко болезненный при пальпации; правая молочная железа увеличена, упругая, кожные покровы обычной окраски; сцеживание молока из обеих молочных желез затруднено, болезненное; на сосках обеих молочных желез трещины).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, УЗИ молочных желез.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
В	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения родильницы в данном случае.
Э	-	Основная тактика – хирургическое лечение. Перевод родильницы в хирургический стационар. На фоне дезинтоксикационной и антибактериальной терапии показано вскрытие и дренирование гнойного очага. Лактация должна быть подавлена с помощью с применением карбегалина или бромкриптина.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
P1	-	Нет полной тактики ведения родильницы в данном случае.

P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
B	5	Назовите классификацию лактационного мастита.
Э	-	По характеру воспалительного процесса различают негнойные (серозный и инфильтративный) и гнойные (абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегмонозный и гангренозный) формы острого лактационного мастита. В зависимости от локализации очага воспаления мастит бывает подкожным, субареолярным, интрамаммарным, ретромаммарным и тотальным, когда поражаются все отделы молочной железы.
P2	-	Классификация лактационного мастита названа верно.
P1	-	Классификация лактационного мастита названа не полностью.
P0	-	Классификация лактационного мастита названа неверно.
H	-	047
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В приемный покой акушерского стационара бригадой СМП доставлена повторнобеременная первородящая 24 лет с жалобами на появившиеся 1,5 час назад сначала слабые, а затем умеренные тянущие боли внизу живота, с присоединившимися через 30 минут скудными кровянистыми выделениями из половых путей. Околоплодные воды не изливались. Последние 30 минут шевеление плода ощущает слабо. Жалобы на тошноту, рвоту, головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области отрицает. Срок беременности 37/38 недель.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 14 лет, менструации по 3-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На учете в женской консультации с 11 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Общая прибавка массы тела за время беременности 17 кг, со срока 30 недель – неравномерная, избыточная. При сроке беременности 34/35 недель находилась в отделении патологии беременности акушерского стационара по поводу преэклампсии умеренной тяжести, получала магнезиальную и гипотензивную терапию. Динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст. В анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л.</p> <p>Соматические заболевания отрицает.</p> <p>Гинекологический анамнез: данная беременность – вторая, Iая (2015 год) – медикаментозный аборт на раннем сроке беременности, без осложнений.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Рост – 172 см, масса тела – 94 кг. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД 140/80 мм рт. ст. Живот - в отделах свободных от беременной матки - при пальпации мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно 38 неделям беременности, в гипертонусе, при пальпации определяется болезненность по передней и право-боковой стенке матки. Сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту. Пальпация плода несколько затруднена. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Выделения из половых путей скудные кровянистые, подкладная умеренно пропитана кровью. Общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 37/38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Преэклампсия умеренной степени. Острая гипоксия плода. ОАА.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценено состояние плода; или неверно оценили степень преэклампсии.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Беременность 37/38 недель установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анамнеза: акушерский срок беременности, отсутствии родовой деятельности, данные объективного и гинекологического осмотра. <p>Диагноз: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты определен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб пациентки на внезапно появившиеся 1,5 час назад тянущие боли внизу живота, с присоединившимися через 30 минут скудными кровянистыми выделениями из половых путей - данных осмотра: матка в повышенном тонусе, при пальпации болезненная, из половых путей в умеренном скудные кровянистые выделения, подкладная умеренно пропитана кровью; общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл). <p>Диагноз: Преэклампсия умеренной степени поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данных анамнеза: общая прибавка массы тела за время беременности 17 кг, неравномерная; 3 недели назад получала гипотензивную терапию, динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст.; в анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л; соматические заболевания отрицает). <p>Диагноз: Острая гипоксия плода поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - объективных данных (сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту), жалоб пациентки на уменьшение шевелений плода <p>Диагноз: ОАА поставлен на основании анамнеза (медикаментозный аборт).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, или неверно обосновано состояние плода, или неверно обоснована степень преэклампсии. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Осмотр шейки матки в зеркалах и влагиальное исследование - только в условиях развернутой операционной!

P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	Показано выполнение: - операция кесарева сечения в экстренном порядке. - адекватной инфузионной терапии (кристаллоиды, коллоиды) - переливание СЗП и гемотранфузия – в зависимости от объема кровопотери и гемодинамических показателей пациентки - комплексная терапия преэклампсии в послеоперационном периоде.
P2	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно.
P1	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно, но неполно.
P0	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы неверно.
B	5	Назовите препараты для инфузионно-трансфузионной терапии в данном случае. Обоснуйте применение кристаллоидов и коллоидов в данном случае.
Э	-	Препараты выбора для первой помощи – солевые растворы, не содержащие глюкозы. Кристаллоиды более эффективны для возмещения внеклеточной воды. Преимущество кристаллоидов (0,9 % раствор натрия хлорида, дисоль, трисоль, ацесоль, лактосол, мафусол и др.) в том, что они значительно не влияют на сердечный выброс, восстанавливая ОЦК. Препаратами выбора среди коллоидов являются растворы гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК), которые обладают выраженным и стабильным гемодинамическим эффектом, за счет увеличения объема циркулирующей крови, сердечного выброса, улучшения реологических свойств крови и восстановления кровотока в микрососудах. ГЭК – природный полисахарид, получаемый из амилопектинового крахмала и состоящий из полимеризованных остатков глюкозы. Препараты ГЭК – рефортан, стабизол, инфукол 6% и 10%, НАЕС, Волекам, НАЕВ-стерил и т.д. Все формы ГЭК улучшают реологические свойства крови и микроциркуляцию.
P2	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, обосновано их применение.
P1	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы не полностью, но обосновано их применение. или Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, но не обосновано их применение.
P0	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы неверно, не обосновано их применение.

Н	-	048
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Повторнобеременная первородящая 30 лет поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности в течение 3 часов, а также спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления.</p> <p>Беременность вторая, срок беременности - 39 недель.</p> <p>Первая беременность - 3 года назад закончилась самопроизвольным абортom на сроке беременности 10 недель, осложнившимся эндометритом.</p> <p>I, II периоды родов протекали без осложнений. Через 8 часов 40 минут от начала родовой деятельности родилась живая доношенная девочка массой 3650 г, длиной 53 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.</p> <p>Через 15 минут после рождения плода появились кровянистые выделения из половых путей, общая кровопотеря составила 500 мл.</p> <p>Объективный осмотр: Рост - 168 см, Вес - 70 кг, ИМТ - 24,8</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски и нормальной влажности. Пульс 82 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на уровне пупка.</p> <p>Признаков отделения плаценты нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды первые срочные. Последовое кровотечение. Отягощенный гинекологический анамнез. Хронический эндометрит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: «Роды первые срочные. Последовое кровотечение. Хронический эндометрит» установлен</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании данных истории родов (срок беременности - 39 недель, срочные роды) - на основании анамнеза - спустя 15 минут после рождения плода появились кровянистые выделения из половых путей - на основании объема кровопотери (кровопотеря спустя 15 минут составила 500 мл) - на основании осмотра – дно матки на уровне пупка
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>Катетеризация мочевого пузыря</p> <p>Катетеризация (пункция) локтевой вены, начать в/в введение кристаллоидных растворов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери, восстановления ОЦК.</p> <p>Внутривенное введение утеротонических препаратов (р-р</p>

		Окситоцина 5-10 Ед, метилэргометрина 0,02% -1,0 в/в или в/м). Учитывая отсутствие признаков отделения плаценты и начавшееся кровотечение - незамедлительно показано выполнение акушерской операции - ручного отделения плаценты и выделения последа (под внутривенным наркозом). Данная операция помимо лечебного эффекта имеет и диагностическое значение, с ее помощью интраоперационно проводится дифференциальная диагностика возможных аномалий прикрепления плаценты, а также и других причин послеродового кровотечения. После завершения выполнения данной операции - возможно дополнительное введение утеротонических препаратов. Осмотр мягких тканей родовых путей, восстановление их целостности при повреждениях.
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
V	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	Нарушение отделения плаценты вследствие аномалий ее прикрепления: частичное плотное прикрепление или приращение плаценты. Причинами аномалий прикрепления плаценты являются: структурно-морфологические изменения в эндо- и миометрии (после оперативных вмешательств, воспалительных процессов и др); аномалии расположения плаценты (нарушение выделения последа – ущемление отделившегося последа в матке, гипотония матки); наследственные и приобретенные дефекты гемостаза.
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно
P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью неверно
V	5	Какова Ваша лечебная тактика при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий?
Э	-	При выявлении истинного приращения плаценты - попытки ее отделения прекращают, следует незамедлительно перейти к хирургическим методам гемостаза. Производится лапаротомия, перевязка внутренних подвздошных сосудов, иссечения участка матки вместе с вросшим участком плаценты и ушиванием дефекта (органосохраняющая операция). При невозможности технического выполнения указанных мероприятий - производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. На фоне проведения акушерских мероприятий анестезиологом-реаниматологом проводится инфузионно- трансфузионная терапия в объемах адекватных кровопотере, а также коррекция гемостаза (по показаниям).
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	049
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Родильница 32 лет в связи с клиническим узким тазом родоразрешена путем операции кесарева сечения. Родился живой доношенный мальчик, массой 4300 г, длиной 54 см. Безводный промежуток составил 12 часов. Проводилась антибиотикопрофилактика в течение первых суток после родоразрешения. На пятые сутки послеоперационного периода появились жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 37,8- 38,5 С. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Пульс 96 уд/ мин, АД 120/80 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые. Живот не вздут, безболезненный при пальпации. Матка увеличена, дно на 14 см выше лона, болезненная при пальпации. Лохии бурые, с резким неприятным запахом. Послеоперационный шов на передней брюшной стенке не инфильтрирован, отделяемого нет. Физиологические отправления в норме.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты 14,40 x 10⁹/л (юные нейтрофилы – 5%, палочкоядерные – 18%, сегментоядерные – 63%), эритроциты 3,06 x 10¹²/л, гемоглобин 112 г/л, гематокрит 34%, тромбоциты 353 x 10⁹/л.</p> <p><u>УЗИ органов малого таза:</u> размеры матки не соответствует суткам послеоперационного периода, полость ее расширена до 2,0 см, с неоднородным содержимым. Миометрий в области послеоперационного шва без особенностей.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Пятые сутки после операции кесарева сечения. Послеродовый эндометрит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Пятые сутки после операции кесарева сечения. Послеродовый эндометрит установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании анамнеза - на пятые сутки послеоперационного периода появились жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 37,8- 38,5 С. - на основании осмотра – матка увеличена, дно на 14 см выше лона, болезненная при пальпации. Лохии бурые, с резким неприятным запахом; - на основании результатов обследования – размеры матки не соответствуют суткам послеродового периода, расширение полости матки до 2,0 см, с неоднородным содержимым; на основании клинического анализа крови – лейкоцитоз 14,40 x10⁹/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Назначение антибактериальных, утеротонических средств, инфузионной дезинтоксикационной терапии. УЗ контроль в динамике. При отсутствии эффекта от консервативной терапии и сохранении УЗ картины - проведение вакуум-аспирации содержимого полости матки и промывание растворами антисептиков (под внутривенным наркозом). Возможно проведение гистероскопии с санацией полости матки и одномоментным промыванием полости матки растворами антисептиков.
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
В	4	Какая лекарственную терапию необходимо провести?
Э	-	Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии: амокксициллин+клавулановая кислота (по 1,2 г внутривенно 2 раза в сутки) в течение 7-10 дней или цефалоспорины II–III поколения (цефуроксим (по 1,5 г внутривенно 2 раза в сутки), цефтриаксон (по 2,0 г внутривенно 1 раз в сутки) в течение 7-10 дней, в сочетании с метронидазолом (по 500 мг внутривенно 2 раза в сутки) в течение 5 дней. При положительной клинической и УЗ динамике, снижении лейкоцитоза через 3-5 дней возможен перевод на пероральные препараты. Для профилактики кандидоза применяют флуконазол (150 мг однократно) в конце антибиотикотерапии, по показаниям — повторно через 3 дня. В комплекс лечебных мероприятий включают противовоспалительную (НПВС), десенсибилизирующую, инфузионную и седативную терапию, назначают средства, сокращающие матку, укрепляющие сосудистую стенку, протеолитические ферменты, потенцирующие действие антибиотиков.
P2	-	Лекарственная терапия предложена полностью верно
P1	-	Лекарственная терапия предложена не полностью
P0	-	Лекарственная терапия предложена полностью неверно
В	5	С какими патологическими состояниями в послеродовом периоде необходимо провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить со всеми патологическими состояниями, сопровождающимися лихорадкой после родов. В большинстве случаев это послеродовые осложнения инфекционно-воспалительного характера, источником которых служит матка. К ним можно отнести пельвиоперитонит, несостоятельность швов на матке после чревосечения. Нельзя исключать и острую хирургическую патологию – острый аппендицит, холецистит и др. Развитие острого воспаления мочевыводящих путей также даёт схожую клиническую картину.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена верно, однако не полностью.

P0	-	Дифференциальная диагностика проведена полностью неверно.
H	-	050
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Повторнобеременная повторнородящая 34 лет поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов, а также спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления. Беременность вторая, срок беременности - 40 недель. Первая беременность - 5 лет назад закончилась самопроизвольными родами на сроке беременности 38-39 недель. Вторая беременность - 2 года назад, закончилась искусственным абортom на сроке 8-9 недель, осложнившимся метроэндометритом.</p> <p>I, II периоды родов протекали без осложнений. Через 7 часов 40 минут от начала родовой деятельности родился живой доношенный мальчик массой 3450 г, длиной 52 см с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.</p> <p>Через 30 минут после рождения ребенка выделился послед, появились кровянистые выделения из половых путей, общая кровопотеря составила 450 мл.</p> <p>При осмотре последа имеется дефект размерами 2 x 2,5 см. Объективный осмотр: Рост - 167 см, Вес - 60 кг. ИМТ - 21,5. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски и нормальной влажности. Пульс 84 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на уровне пупка.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды II, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка доли последа. Кровотечение. Отягощенный гинекологический анамнез (1 искусственный аборт, осложнившийся метроэндометритом).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Роды II, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка доли последа. Кровотечение. Отягощенный гинекологический анамнез (1 искусственный аборт, осложнившийся метроэндометритом). установлен</p> <p>- на основании данных истории родов (срок беременности – 40 недель)</p> <p>- на основании осмотра – имеется дефект последа размерами 2 x 2,5 см, соответственно, кровотечение связано с задержкой части последа в матке. Объем кровопотери 450 мл при индексе массы тела роженицы – 21,5.</p> <p>- на основании гинекологического анамнеза – осложнение искусственного прерывания беременности – метроэндометрит.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Катетеризация мочевого пузыря Катетеризация (пункция) локтевой вены, начать в/в введение кристаллоидных растворов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери. Учитывая наличие дефекта последа и начавшееся кровотечение - незамедлительно показано выполнение акушерской операции - ручного отделения плаценты и выделения последа (под внутривенным наркозом). После завершения выполнения данной операции – внутривенное введение утеротонических препаратов (р-р Окситоцина 5-10 Ед, метилэргометрин 0,02% -1,0 в/в или в/м). Осмотр мягких тканей родовых путей, восстановление их целостности при повреждениях.
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
B	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	Нарушение отделения плаценты вследствие аномалий ее прикрепления: частичное плотное прикрепление или приращение плаценты. Причинами аномалий прикрепления плаценты являются: структурно-морфологические изменения в эндо- и миометрии (после оперативных вмешательств, воспалительных процессов и др); аномалии расположения плаценты (нарушение выделения последа – ущемление отделившегося последа в матке, гипотония матки); наследственные и приобретенные дефекты гемостаза.
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно
P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью неверно
B	5	Какой этиологический фактор способствовал развитию данного осложнения у пациентки?
Э	-	Острый метроэндометрит в анамнезе, который способствовал атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки, расположенной между мышечной стенкой матки и плацентой, и частичному плотному прикреплению плаценты.
P2	-	Этиологический фактор указан верно.
P1	-	Этиологический фактор указан верно, однако не полностью.
P0	-	Этиологический фактор указан полностью неверно.

3.1.4. Темы рефератов (ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5.)

1. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
2. Многоплодная беременность.
3. Особенности течения и ведения преждевременных родов.

4. Плацентарная недостаточность.
5. УЗИ, доплерометрия, КТГ
6. Особенности ведения беременных в женской консультации.
7. Миома матки и беременность.
8. Ведение беременности и родов у женщин с тазовым предлежанием плода.
9. Узкий таз в современном акушерстве.
10. Преждевременные роды: диагностика, акушерская тактика, лечение.
11. Современные метода подготовки шейки матки к родам.
12. Перенашивание. Особенности беременности и родов.
13. Ранний токсикоз беременных. Показания к прерыванию беременности.
14. Антифосфолипидный синдром.
15. Аномалии родовой деятельности.
16. Беременность и TORCH-инфекции.
17. Внутриутробное инфицирование плода.
18. Современные методы обезболивания родов
19. Острый живот в акушерстве
20. Особенности беременности и родов при патологии органов мочевого выделения.
21. Гиперпролактинемия.
22. Предменструальный синдром
23. Синдром поликистозных яичников.
24. Гормональная контрацепция.
25. Методы диагностики в гинекологии.
26. ИППП в гинекологии.
27. Антибактериальная и гормональная терапия в гинекологии.
28. Эндометриоз. Классификация, этиология, патогенез.
29. Гиперандрогенные состояния в гинекологии.
30. Аномальные маточные кровотечения.
31. Климактерический синдром
32. Нейрогуморальная регуляция менструального цикла
33. Аменорея вторичная.
34. Гиперпластические процессы эндометрия.
35. Искусственный аборт.
36. Бесплодный брак.
37. Миома матки.
38. Доброкачественные опухоли яичников.
39. Апоплексия яичника. Некроз моиматозного узла.
40. Трофобластическая болезнь.

3.2.3. Контрольные вопросы для экзамена

Акушерство

УК-1

1. Анатомически узкий таз. Определение. Этиология. Классификация по форме и степени сужения. Диагностика. Особенности течения беременности и родов при узком тазе. Профилактика осложнений в родах.
2. Механизм гемостаза в третьем периоде родов. Кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде. Причины, профилактика, лечение.
3. Структура и организация работы родильного отделения. Санэпидрежим родильного отделения. Организация профилактики гнойно-септических заболеваний в акушерском стационаре.

4. Тазовые предлежания плода. Классификация, диагностика. Ведение в женской консультации. Биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании. Ведение родов. Профилактика осложнений.
5. Организация работы послеродового отделения. Организация профилактики гнойно-септических заболеваний в акушерском стационаре. Послеродовой метроэндометрит.
6. Предлежание плаценты. Этиология. Клинические формы. Диагностика. Ведение в женской консультации. Акушерская тактика. Современные кровесберегающие технологии в акушерстве.

УК-3

7. Обследование роженицы. Значение данных общего и специального анамнеза. Методы наружного и внутреннего акушерского исследования в родах. Диагностика начала родов.
8. Операция кесарево сечение. Показания и противопоказания. Профилактика осложнений. Ведение послеоперационного периода.
9. Обезболивание родов. Показания. Лекарственные препараты. Требования к обезболиванию с точки зрения влияния на плод и характер родовой деятельности. Профилактика осложнений.
10. Преэклампсия. Классификация, этиопатогенез, клиника, профилактика, врачебная тактика.
11. Диагностика ранних сроков беременности. Ведение I триместра беременности. Пренатальная диагностика и скрининг в I триместре беременности.
12. Физиологический послеродовый период. Критерии выписки родильницы из акушерского стационара. Гигиена и диета родильницы. Особенности санитарно-гигиенического режима в послеродовом отделении. Послеродовая контрацепция.

УК-5

13. Преэклампсия. Классическая триада симптомов гестоза. Клиника. Методы лечения. Профилактика гестозов.
14. Причины наступления родов. Биологическая готовность организма к родам. Современные методы подготовки к родам. Методы индукции родов.
15. Невынашивание и недонашивание беременности. Критерии живорождения. Этиология. Тактика ведения преждевременных родов в зависимости от срока гестации. Профилактика невынашивания беременности.
16. Инфекционные заболевания новорожденных. Профилактика и особенности ведения раннего неонатального периода.
17. Анатомия женского таза, его размеры и плоскости. Прогнозирование течения родов.
18. Преждевременные роды. Причины, особенности ведения родов, профилактика в женской консультации. Акушерская тактика.

ОПК-4

19. Первый период родов. Клиническое течение, ведение. Партограмма родов. Характеристика латентной и активной фаз. Механизм раскрытия шейки матки у перво- и повторнородящей. Профилактика осложнений.
20. Экстрагенитальные заболевания и беременность. Заболевания почек и беременность: пиелонефрит, гломерулонефрит. Пренатальная диагностика и особенности ведения беременных с заболеванием почек.
21. Второй период родов. Клиническое течение и ведение. Профилактика осложнений. Акушерские пособия во II периоде родов.
22. Многоплодная беременность. Течение беременности. Ведение родов, возможные осложнения и их профилактика. Современные пренатальные технологии при многоплодной беременности.
23. Третий период родов. Механизм отделения плаценты. Клиника, врачебная тактика. Признаки отделения плаценты. Способы выделения последа. Физиологическая кровопотеря. Профилактика кровотечения. Осмотр последа.

24. Токсикозы первой половины беременности. Классификация, клиника, лечение, профилактика.

ОПК-5

25. Членорасположение плода, положение, предлежание, позиция, вид. Головка плода, ее размеры. Признаки зрелости плода. Признаки нежизнеспособного, недоношенного, переношенного плода. Критерии живорождения, мертворождения.

26. Эклампсия. Этиология, клиническая картина, неотложная помощь, лечение, профилактика.

27. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Акушерское пособие в родах.

28. Экстрагенитальная патология и беременность. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Особенности ведения беременных с врожденными и приобретенными пороками сердца. Профилактика осложнений.

29. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Фармакотерапия беременных. Категория риска (по критериям FDA) применения препаратов при беременности.

30. Разрывы промежности и шейки матки в родах. Причины, профилактика, классификация, диагностика, техника восстановления промежности. Ведение послеродового периода.

ОПК-6

31. Оплодотворение. Этапы внутриутробного развития плода (понятие о критических периодах). Влияние лекарственных препаратов на плод.

32. Кровотечения в III периоде родов. Ручное обследование полости матки. Показания, условия, техника выполнения операции, осложнения.

33. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при беременности и в родах. Этиология. Клиника. Методы диагностики. Неотложная помощь. Профилактика.

34. Оценка состояния новорожденного. Шкала Апгар. Асфиксия новорожденного. Причины, профилактика, принципы лечения. Течение раннего неонатального периода.

35. Влияние внешних факторов химической и физической природы на внутриутробный плод и течение беременности. (Инфекция, лекарства, алкоголь, курение, наркотики, радиация).

36. Травмы мягких родовых путей. Причины, профилактика. Перинеотомия и эпизиотомия. Показания, техника выполнения. Ведение в послеродовом периоде.

ОПК-7

37. Иммунологические взаимоотношения между матерью и плодом. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Профилактика резус-конфликтных состояний.

38. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины. Клиническое течение. Принципы терапии, профилактика.

39. Исторические этапы развития акушерства в России.

40. Разрывы матки. Классификация. Причины. Клиническая картина. Врачебная тактика. Профилактика. Геморрагический шок в акушерстве. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.

41. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности течения послеродовых заболеваний в современных условиях. Акушерский сепсис. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.

42. Неонатальный период. Особенности течения раннего неонатального периода. Анатомо-физиологические особенности периода новорожденности.

ОПК-8

43. Угрожающий и свершившийся разрыв матки в родах. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

44. Биофизический профиль плода. Современные методы оценки состояния плода.
45. Клиника физиологического послеродового периода. Активное ведение. Профилактика осложнений. Совместное пребывание в палате «мать и дитя». Послеродовая контрацепция.
46. Строение и основные функции плаценты.
47. Инфекционные осложнения в послеродовом периоде. Группы риска. Профилактика. Нозологические формы. Клиника, лечение.
48. Околоплодные воды: состав, функция плодного пузыря. Причины несвоевременного излития вод. Акушерская тактика при преждевременном излитии вод.

ОПК-9

49. Неправильное положение плода. Причины. Диагностика. Осложнения при беременности и в родах. Врачебная тактика. Методы родоразрешения.
50. Аномалии родовой деятельности. Клинические формы. Диагностика, лечение.
51. Лактационный мастит. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
52. Клинически узкий таз. Причины. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика. Крупный плод. Диагностика. Особенности течения и ведения родов.

Гинекология

53. Физиология менструального цикла. Уровни регуляции.
54. Строение и функции яичников. Половые гормоны.

ОПК-10

55. Маточный менструальный цикл. Клинические параметры, характеризующие нормальную менструальную функцию женщины.
56. Строение и функции наружных половых органов женщины.
57. Строение и функции внутренних половых органов женщины.
58. Особенности анамнеза гинекологических больных, оценка специфических функций женского организма.
59. Методы исследования функции яичников.
60. Воспалительные процессы наружных половых органов женщины. Клиника, принципы диагностики и лечения.

ПК-1

61. Острый и хронический эндометрит. Этиология. Особенности клиники, принципы диагностики и лечения. Возможные осложнения.
62. Острый и хронический сальпингоофорит. Этиология. Клиника, принципы диагностики и лечения. Возможные осложнения.
63. Гонорея. Клиника, диагностика, лечение. Возможные осложнения. Методы профилактики.
64. Трихомоназ женских половых органов. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Возможные осложнения.
65. Кандидоз женских половых органов. Особенности клиники, диагностики, лечения. Профилактика.
66. Хламидийная инфекция: этиология, диагностика, лечение, осложнения

ПК - 2

67. Аменорея. Причины, принципы диагностики, лечения.
68. Альгоменорея. Причины, дифференциальная диагностика, тактика.
69. Аномальные маточные кровотечения. Классификация PALM-COEN. Причины, особенности диагностики. Методы гемостаза, принципы терапии.
70. Бесплодный брак. Причины. Методы обследования супружеских пар. Женское бесплодие. Возможные причины, диагностика, принципы лечения.
71. Гормональная контрацепция. Используемые препараты, механизм их действия. Противопоказания.
72. Внутриматочная контрацепция. Механизм действия. Противопоказания.

ПК - 3

73. Хирургическая стерилизация. Показания. Виды вмешательств.
74. Низкоэффективные методы контрацепции (биологический, химический, барьерный). Механизм действия.
75. Миома матки. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика. Лечение.
76. “Острый живот” в гинекологии. Вопросы дифференциальной диагностики (внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут кисты (кистомы) яичника, некроз миоматозного узла, острый сальпингоофорит).
77. Эндометриоз. Этиопатогенез. Классификация по локализации. Клиника. Виды лечения.
78. Опухоли яичников. Классификация, клиника, диагностика, тактика. Возможные осложнения при кистах и опухолях яичников.

ПК - 4

79. Доброкачественные заболевания шейки матки. Этиология, классификация, клиника. Принципы лечения фоновых и предраковых процессов шейки матки.
80. Рак шейки матки. Классификация, клиника, методы диагностики, лечение.
81. Рак эндометрия. Факторы риска. Клиника, диагностика, лечение.
82. Внематочная беременность. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
83. Периоды старения женского организма, классификация, методы диагностики.
84. Менопаузальная гормональная терапия: показания, противопоказания, принципы подбора

ПК - 5

85. Внематочная беременность. Клиника, диагностика и лечение прогрессирующей трубной беременности
86. Трофобластическая болезнь, патогенез, классификация, клиника; доброкачественные формы: диагностика, лечение, прогноз
87. Трофобластическая болезнь: патогенез, классификация, клиника; злокачественные формы: диагностика, лечение, прогноз
88. Синдром преждевременного истощения яичников и бесплодие, патогенез, методы диагностики и коррекции
89. Синдром поликистозных яичников: патогенез, классификация, диагностика, лечение
90. ДДМЖ: патогенез, клиника, диагностика, методы коррекции.

ПК- 6

91. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины. Клиническое течение. Принципы терапии, профилактика.
92. Разрывы матки. Классификация. Причины. Клиническая картина. Врачебная тактика. Профилактика. Геморрагический шок в акушерстве. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
93. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности течения послеродовых заболеваний в современных условиях. Акушерский сепсис. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
94. “Острый живот” в гинекологии. Вопросы дифференциальной диагностики (внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут кисты (кистомы) яичника, некроз миоматозного узла, острый сальпингоофорит).
95. Внематочная беременность. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной

аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85%–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную рабочей программой дисциплины (модуля), способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65%–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55%–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55 % и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов.