

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Юрьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.09.2024 22:44:08
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 образования и науки РФ 25.08.2014 г., приказ №1043.

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

Заведующий кафедрой

(подпись)

М. С. Зайнулина

Разработчики:

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии

Зайнулина М. С.

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»**

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочных средств из перечня
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Вопросы к экзамену	1-7; 75; 78
		тестовые задания	153; 158; 180; 240; 264; 301; 302; 365;
		ситуационные задачи	2; 28; 35; 36;49
		реферат	6; 11
		доклад, сообщение	4; 36
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Вопросы к экзамену	5,9-12; 71-73; 75-78; 81; 119-122
		тестовые задания	1-87; 173-210; 226-238 ; 430-503
		ситуационные задачи	5; 8; 11; 19-21
		реферат	1-5; 12-14; 20-32
		доклад, сообщение	1-11; 21-24; 26-32
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Вопросы к экзамену	2-9; 29-30; 71-72; 75-88; 100-107
		тестовые задания	1_120; 178-224; 278-288; 324; 356;370; 420-456
		ситуационные задачи	1-3; 5; 7; 11-16; 21-26; 34; 37; 42-44
		реферат	10-18; 24-36; 37-40
		доклад, сообщение	12-20; 25-32
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Вопросы к экзамену	1-5; 8; 71-79; 120-122
		тестовые задания	125-135; 178-184; 197; 236-249; 482
		ситуационные задачи	2; 6; 11; 13-14; 22-23; 30
		реферат	1; 6
		доклад, сообщение	10-11; 35-40
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с	Вопросы к экзамену	16-42; 45-70; 80; 82-91; 93-107; 110-118
		тестовые задания	32-48; 56; 59; 98-106; 230-253; 423-503
		ситуационные задачи	4-6; 12-16; 22-26; 42-50

	Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	реферат	1-16; 22-40; 43-48
		доклад, сообщение	1-8; 10-24; 32-38; 42-50
ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	Вопросы к экзамену	12-70; 80-118
		тестовые задания	1-502
		ситуационные задачи	1-50
		реферат	1-40
		доклад, сообщение	1-40
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Вопросы к экзамену	71; 72; 122
		тестовые задания	46-52; 68; 112; 257-258;
		ситуационные задачи	6; 11-12; 24-27; 40; 47-49
		реферат	20; 22; 40
		доклад, сообщение	5-6; 30-32

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

№ п/п	Код и наименование компетенции	Этапы формирования компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
1	УК-1 - готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: элементы психологии, теоретические и экспериментальные подходы к исследованию Уметь: проводить анализ и синтез, использовать полученные знания в научных исследованиях и практической деятельности Владеть: элементами психоанализа, навыками логического мышления, интерпретации и синтеза фактов	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.
1	ПК-1 -	Знать:			

<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;</p> <p>основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам;</p> <p>факторы, влияющие на репродуктивное здоровье, и критерии его характеризующие</p> <p>анатомию и физиологию внутренних половых органов вне и во время беременности;</p> <p>анатомию и физиологию органов мочеотделения, нижних отделов толстой кишки;</p> <p>особенности физиологического течения беременности, родов и послеродового периода;</p> <p>современные методы профилактики, диагностики больных по профилю акушерство и гинекология;</p> <p>теоретические аспекты всех нозологий как по профилю «Акушерство и гинекология», так и других</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>и</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>и</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«Удовлетворительно»/ «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</p>
--	--	---	--	--

		<p>самостоятельных клинических дисциплин; их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику и особенности течения;</p> <p>общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма, используемые в акушерстве и гинекологии</p> <p>Уметь: выполнить наружное и внутреннее акушерское исследование, гинекологическое исследование;</p> <p>на основании сбора анамнеза, клинического обследования и результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования установить (подтвердить) диагноз у пациенток гинекологического и акушерского профиля;</p> <p>определять тактику ведения пациенток с гинекологической и акушерской патологией;</p> <p>самостоятельно проводить и организовывать проведение диагностических</p>	<p>Компетенци я не сформирова на</p>	<p>«неудовлетв орительно» / «не зачтено»</p>	<p>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>мероприятий у пациенток с гинекологической и акушерской патологией</p> <p>Владеть: на основании сбора анамнеза, клинического обследования и результатов клинико- лабораторных и инструментальных методов исследования владеть методикой установления (подтверждения) диагноза у пациентов с акушерской и гинекологической патологией</p>			
3	<p>ПК-2 - готовность к проведению профилактичес ких медицинских осмотров, диспансеризац ии и осуществлени ю диспансерного наблюдения</p>	<p>Знать: основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;</p> <p>основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам;</p> <p>современные методы профилактики больных по профилю акушерство и гинекология;</p> <p>общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма, используемые в</p>			

		<p>акушерстве и гинекологии</p> <p>Уметь:</p> <p>проводить профилактические медицинские осмотры, диспансерное наблюдение и мероприятия в группах риска для предупреждения развития заболеваний по акушерско-гинекологическому профилю;</p> <p>вести диспансерное наблюдение и осуществлять мероприятия по вторичной профилактике заболеваний пациенток акушерского и гинекологического профиля</p> <p>Владеть:</p> <p>навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослых и подростков</p>			
4	ПК-4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	<p>Знать: основы социальной гигиены, основы медицинской статистики</p> <p>Уметь: применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p> <p>Владеть: навыками медико-статистического анализа для получения информации о показателях здоровья населения</p>			
5	ПК-5 - готовность к определению	<p>Знать: специальными методиками</p>			

	<p>у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>обследования, критерии диагностики заболеваний, основные симптомы, синдромы, патологические состояния и нозологические формы, алгоритмы проведения дифференциального диагноза, цели, задачи и область применения МКБ-10</p> <p>Уметь: выявить у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, соответствие кодам классификационной системе МКБ-10.</p> <p>Владеть: навыками обследования пациентов, диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологического диагноза в соответствии с кодами МКБ-10.</p>			
6	<p>ПК-6 - готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи</p>	<p>Знать: основы акушерства и гинекологии, национальные рекомендации и стандарты оказания специализированной медицинской помощи по болезням акушерского и гинекологического профиля</p> <p>Уметь: сбор анамнеза, гинекологический и акушерский осмотры, алгоритмы обследования при различных нозологических формах в акушерстве и гинекологии,</p>			

		интеграция данных, выбор лечения Владеть: основными методами обследования больных акушерского и гинекологического профиля, алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов акушерского и гинекологического профиля, оформление медицинской документации			
7	ПК-8 - к готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать: стандарты реабилитации, показания для санаторно-курортного лечения Уметь: использовать методы лекарственной и немедикаментозной терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации Владеть: методами комплексной терапии и реабилитации пациентов с почечными заболеваниями с учётом общего состояния и наличия сопутствующей патологии			

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 определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	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 задачи.
4.	Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме;

		<p>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>		<p>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:</p> <p>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 издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
5.	Доклад, сообщение	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий	Темы докладов, сообщений	Содержательные: соответствие содержания доклада заявленной теме;

	<p>собой публичное выступление по представлению полученных результатов научного исследования; аналитического обзора литературы по заданной теме и т.д.</p>		<p>степень раскрытия темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.</p> <p>Формальные: соблюдение временного регламента выступления; соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; использование наглядных материалов (мультимедийная презентация, раздаточные материалы, видеоматериалы); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 7 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания).</p>
--	--	--	---

2.2. ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

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

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Решение 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.

Оценка	Описание
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тесты

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

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

Доклады, сообщения

Оценка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в оформлении.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема	Представляемая	Использованы	Ответы на вопросы

	раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	информация систематизирована и последовательна.	информационные технологии. Единичные ошибки в оформлении.	полные и/или частично полные.
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна.	Использованы информационные технологии частично. Значительная часть материала с ошибками в оформлении.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана.	Не использованы информационные технологии. Весть представленный материал с ошибками в оформлении.	Нет ответов на вопросы.

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 ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Тестовые задания

1.«Костный таз делится»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	на большой и малый таз
	на вход, широкую часть, узкую часть, выход
	на большой, малый и полость таза
	на вход, полость таза, выход
	на широкую часть и узкую часть

2.«Плоскость широкой части полости малого таза проходит через»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	середину внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
	середину верхнего края лона, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 3-го и 4-го крестцовых позвонков
	середину внутренней поверхности симфиза, ости седалищных костей, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
	середину верхнего края лона, наиболее отдаленные точки безымянных линий, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
	нижний край лона, середину внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков

3.«Через ости седалищных костей проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
	поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
	поперечный размер плоскости выхода из малого таза
	прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
	прямой размер плоскости широкой части полости малого таза

4.«Conjugata Diagonalis - это расстояние между»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	верхним краем симфиза и крестцовым мысом
	нижним краем симфиза и серединой крестцового мыса
	серединой внутренней поверхности симфиза и крестцовым мысом
	нижним краем симфиза и ямкой под остистым отростком 5-го

	поясничного позвонка
	нижним краем симфиза и сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков

5.«Прямой размер плоскости входа в малый таз равен»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	9 см
	10 см
	11 см
	12 см
	13 см

6.«Прямой размер плоскости выхода из полости малого таза равен»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	10.5 см
	10.0 см
	11.0 см
	9.5 см
	13.0 см

7.«Индекс Ф.А.Соловьева равен»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	12.0 см
	14.5-15.0 см
	16.0 см
	18.0 см
	20.0 см

8.«К наиболее информативным параметрам ромба Михаэлиса относятся»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	сумма диагоналей
	площадь
	длина вертикальной диагонали
	длина периметра
	длина горизонтальной диагонали

9.«Для вычисления истинной конъюгаты необходимо»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	вычесть из диагональной конъюгаты 1.5- 2 см
	вычесть из наружной конъюгаты 12-13 см
	прибавить к диагональной конъюгате 1.5- 2 см
	вычесть из диагональной конъюгаты 3- 4 см
	вычесть из наружной конъюгаты 11-12 см

10. «Величина истинной (акушерской) конъюгаты может быть определена»

Поле для выбора	Варианты ответов

ответа	
	по величине внутренней конъюгаты
	по половине величины диагональной конъюгаты
	по величине вертикальной диагонали ромба Михаэлиса
	по наружным размерам большого таза
	по индексу Соловьева

11. «Distantia intertrochanterica и окружность тазового конца доношенного плода составляют»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	13 см, 35 см
	12 см, 33 см
	11 см, 31 см
	9.5 см, 28 см
	8 см, 24 см

12. «Позиция плода определяется»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
	по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
	по расположению плода в левой или правой половине матки
	по отношению спинки плода к правой или левой стенке матки
	по отношению плода к верхней или нижней половине матки

13. «Укажите все возможные варианты положения плода»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	косое, поперечное, продольное
	разгибательное, продольное
	косое, поперечное
	продольное, косое
	сгибательное

14. «Большой родничок образуют швы»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	стреловидный, лобный, венечный
	височный, стреловидный
	лямбдовидный, височный
	лямбдовидный, венечный
	височный, стреловидный

15. «Средний косой размер головки плода проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
	от надпереносья до затылочного бугра

	от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
	от середины большого родничка до подзатылочной ямки
	от подбородка до наиболее выступающей части затылка

16. «Вертикальный размер головки плода проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от середины большого родничка до подзатылочной ямки
	от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
	от надпереносья до затылочного бугра
	от центра подъязычной кости до середины большого родничка
	от подбородка до наиболее выступающей части затылка

17. «При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода
- малый родничок справа спереди
- стреловидный шов в левом косом размере»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	положение плода продольное 1-я позиция, передний вид
	положение плода продольное 2-я позиция, передний вид
	положение плода продольное 1-я позиция, задний вид
	положение плода продольное 2-я позиция, задний вид
	положение плода поперечное 2-я позиция, передний вид

18. «При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- нижний полюс головки находится на уровне интерспинальной линии
- крестцовая впадина выполнена головкой неполностью
- пальпируются последние крестцовые позвонки

Определите местонахождение головки плода»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	головка прижата к плоскости входа в малый таз
	головка фиксирована малым сегментом в плоскости входа в малый таз
	головка фиксирована большим сегментом в плоскости входа в малый таз
	головка в полости малого таза
	головка на тазовом дне

19. «Укажите размер окружности головки доношенного плода, соответствующий малому косому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	30 см
	31 см
	32 см
	33 см
	34 см

20. «При Заднем виде Затылочного вставления»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает разгибание
	головка прорезывается окружностью 34 см
	ведущей точкой является область большого родничка
	внутренний поворот головки чаще происходит на 135 градусов
	форма головки шаровидная

21. «При Заднем виде затылочного вставления»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает разгибание
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание и разгибание
	головка прорезывается окружностью 36 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является центр лба

22. «При Заднем виде Затылочного вставления»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	форма головки - долихоцефалическая
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание
	головка прорезывается окружностью 35 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является область большого родничка

23. «При переднем виде затылочного вставления»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает разгибание
	в выходе из малого таза головка совершает разгибание
	головка прорезывается окружностью 35 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является центр лба

24. «При переднем виде затылочного вставления»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	форма головки - долихоцефалическая
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание
	головка прорезывается окружностью 33 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является область большое родничка

25. «При переднеголовном вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает сгибание

	в выходе из малого таза головка совершает сгибание- разгибание
	головка прорезывается окружностью 36 см
	родовая опухоль формируется в области малого родничка
	ведущей точкой является центр лба

26. «При переднеголовном вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает разгибание
	в выходе из малого таза головка совершает разгибание
	головка прорезывается окружностью 35 см
	родовая опухоль формируется в области малого родничка
	ведущей точкой является область малого родничка

27. «Верхняя челюсть и затылочный бугор являются точками фиксации»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

28. «При лобном вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает сгибание
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание и разгибание
	головка прорезывается окружностью более 37 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является область большого родничка

29. «Головка рождается окружностью, соответствующей большому косому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

30. «При лицевом вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает сгибание
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание
	головка прорезывается окружностью 35 см
	родовая опухоль формируется в области лба

	ведущей точкой является область большого родничка
--	---

31. «Головка рождается окружностью, соответствующей вертикальному размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

32. «Малый родничок является ведущей точкой в родах»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде теменного вставления

33. «Укажите правильную последовательность расположения параллельных плоскостей Гольджи:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	главная, спинальная, терминальная, выхода
	спинальная, главная, терминальная, выхода
	терминальная, спинальная, главная, выхода
	терминальная, главная, спинальная, выхода
	терминальная, главная, выхода, спинальная

34. «Через середину внутренней поверхности симфиза и сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков проходит:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
	прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
	прямой размер плоскости широкой части полости малого таза
	поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
	прямой размер плоскости выхода из малого таза

35. «Правый косой размер плоскости входа в малый таз проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от правого крестцово-подвздошного сочленения к правому лонному бугорку
	от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку

	от левого крестцово-позвздошного сочленения к правому подвздошному бугорку
	от верхнего края большой седалищной вырезки справа до борозды запирающей мышцы слева
	от верхнего края большой седалищной вырезки слева до борозды запирающей мышцы справа

36. «Conjugata Externa - это расстояние между»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	верхним краем лонного сочленения и остистым отростком 4-го поясничного позвонка
	верхним краем лонного сочленения и надкрестцовой ямкой
	нижним краем лона и крестцовым мысом
	нижним краем лона и надкрестцовой ямкой
	наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей

37. «Косой размер плоскости входа в малый таз равен»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	9 см
	10 см
	12-12.5 см
	13 см
	13 см

38. «Косой размер плоскости входа в малый таз равен»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	9 см
	10 см
	12-12.5 см
	11 см
	13см

39. «Поперечный размер плоскости выхода из полости малого таза равен»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	10.5 см
	10.0 см
	11.0 см
	11.5 см
	13.0 см

40. «Индекс Ф.А. Соловьева измеряется для определения»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	формы таза

	толщины костей
	размеров таза
	наружной конъюгаты
	диагональной конъюгаты

41. «Диагональная конъюгата измеряется с целью **определения**»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	наружной конъюгаты
	анатомической конъюгаты
	акушерской конъюгаты
	прямого размера плоскости узкой части полости малого таза
	поперечного размера плоскости выхода

42. «Наибольшим размером малого таза является»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прямой размер широкой части полости малого таза
	поперечный размер широкой части полости малого таза
	поперечный размер плоскости входа в малый таз
	косые размеры плоскости входа в малый таз
	прямой размер плоскости выхода полости малого таза

43. «Положение плода определяется»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	по расположению плода в правой или левой половине матки
	по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
	по расположению плода в верхней или нижней половине матки
	по отношению головки и конечностей к туловищу плода
	по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки

44. «Distancia spinarum - это расстояние между»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	sp. iliaca anterior superior
	sp. iliaca anterior inferior
	sp. iliaca posterior superior
	sp. iliaca posterior inferior

45. «Большой косо́й размер головки плода проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от середины большого родничка до подзатылочной ямки
	от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
	от надпереносья до затылочного бугра
	от центра подъязычной кости до переднего угла большого

	родничка
	от подбородка до наиболее выступающей части затылка
Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает разгибание
	головка прорезывается окружностью 34 см
	ведущей точкой является область большого родничка
	внутренний поворот головки чаще происходит на 45 градусов

46. «При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

1. предлежит головка плода
2. малый родничок справа сзади
3. стреловидный шов в правом косом размере

Определите положение, позицию и вид плода»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид
	положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид
	положение плода косое, 2-я позиция, задний вид
	положение плода косое, 1-я позиция, передний вид
	положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид

47. «При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода, нижний ее полюс располагается ниже интерспинальной линии, крестцовая впадина выполнена полностью, пальпируются позвонки копчика и седалищные бугры.

Определите местонахождение головки плода»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	головка прижата к плоскости входа в малый таз
	головка в полости малого таза
	головка большим сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз
	головка в выходе таза
	головка малым сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз

48. «Укажите размер окружности головки доношенного плода, соответствующий среднему косому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	30 см
	32 см
	33см
	31 см
	34 смм

49. «Передний угол большого родничка и подзатылочная ямка являются точками фиксации»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении

	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

50. «Подзатылочная ямка является точкой фиксации»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

51. «Головка рождается окружностью, соответствующей малому косому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при заднем виде затылочного вставления
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при лицевом вставлении
	при лобном вставлении

52. «При переднеголовном вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	форма головки - "башенный череп"
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание
	головка прорезывается окружностью 33 см
	родовая опухоль формируется в области малого родничка
	ведущей точкой является область малого родничка

53. «При лобном вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает усиленное разгибание
	в выходе из малого таза головка совершает разгибание
	головка прорезывается окружностью 34 см
	родовая опухоль формируется в области переносицы
	ведущей точкой является подбородок

54. «Область подъязычной кости является точкой фиксации»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

55. «Большой родничок является ведущей точкой в родах»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления

56. «При лобном вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает сгибание
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание и разгибание
	головка прорезывается окружностью более 37 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является область большого родничка

57. «Головка рождается окружностью, соответствующей большому косому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

58. «При лицевом вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает сгибание
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание
	головка прорезывается окружностью 34 см
	родовая опухоль формируется в области лба
	ведущей точкой является область большого родничка

59. «Малый родничок является ведущей точкой в родах»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде лицевого вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставлении

60. «Плоскость входа в малый таз проходит через»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	верхний внутренний край симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс

	середины внутренней поверхности симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс
	верхний край симфиза, середины костных пластинок вертлужных впадин, крестцовый мыс
	верхний край симфиза, безымянные линии, первый крестцовый позвонок
	нижний край симфиза, подвздошные ямки, крестцовый мыс

61. «Через седалищные бугры проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прямой размер плоскости входа в малый таз
	поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
	поперечный размер плоскости выхода из малого таза
	поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
	прямой размер плоскости узкой части полости малого таза

62. «Через середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
	поперечный размер плоскости входа в малый таз
	поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
	прямой размер плоскости широкой части полости малого таза
	прямой размер плоскости узкой части полости малого таза

63. «Conjugata Anatomica - это расстояние»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от нижнего края симфиза до крестцового мыса
	от середины верхнего края симфиза до крестцового мыса
	от верхнего края симфиза до остистого отростка 5-го поясничного позвонка
	от середины внутренней поверхности симфиза до крестцового мыса
	от верхнего внутреннего края симфиза до крестцового мыса

64. «Conjugata Vera Obstetrica - это размер»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от середины верхнего внутреннего края симфиза до наиболее выступающей точки крестцового мыса
	от середины верхнего края симфиза до крестцового мыса
	от верхнего края симфиза до остистого отростка 5-го поясничного позвонка
	от нижнего края симфиза до крестцового мыса
	от середины внутренней поверхности симфиза до крестцового мыса

65. «Поперечный размер плоскости входа в малый таз равен»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	9 см
	10 см
	13-13.5 см
	12 см
	11 см

66. «Наименьшим размером малого таза является»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прямой размер плоскости входа в малый таз
	прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
	поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
	поперечный размер выхода полости малого таза
	косой размер плоскости входа в малый таз

67. «Нормальные размеры Distancia Spinarum, Distancia Cristarum, Distancia Trochanterica, Conjugata Externa соответственно равняются»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	23, 25, 29, 19 см
	26, 26, 29, 19 см
	25, 28, 30, 17 см
	25, 28, 31/32, 20 см
	24, 26, 28, 18 см

68. «Размер диагональной конъюгаты в норме **равняется**»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	14 см
	11 см
	13 см
	10 см
	9 см

69. «Углами ромба Михаэлиса являются»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	верхушка крестца, надкрестцовая ямка, задние верхние ости подвздошных костей
	верхушка крестца, подкрестцовая ямка, задние верхние ости подвздошных костей
	остистый отросток 1-го крестцового позвонка, надкрестцовая ямка, задние верхние ости подвздошных костей
	остистый отросток 3-го крестцового позвонка, надкрестцовая ямка, задние верхние ости подвздошных костей
	остистый отросток 5-го поясничного позвонка задние верхние ости подвздошных костей

70. «Вид плода определяется»

Поле для выбора	Варианты ответов

ответа	
	по отношению спинки плода к левой или правой стенке матки
	по расположению плода ближе к передней или задней стенке матки
	по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
	по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
	по отношению конечностей и головки к туловищу плода

71. «Членорасположение плода определяется как»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	отношение спинки плода к передней и задней стенке матки
	отношение продольной оси плода к продольной оси матки
	отношение крупной части плода к плоскости входа в малый таз
	отношение спинки плода к правой и левой стенке матки
	взаимоотношение между головкой, конечностями и туловищем плода

72. «Малый косой размер головки плода проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
	от середины большого родничка до подзатылочной ямки
	от надпереносья до затылочного бугра
	от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
	от подбородка до наиболее выступающей части затылка

73. «Прямой размер головки плода проходит»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от середины большого родничка до подзатылочной ямки
	от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
	от надпереносья до затылочного бугра
	от подбородка до наиболее выступающей части затылка
	от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка

74. «При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

1. предлежит головка плода
2. малый родничок слева спереди
3. стреловидный шов в правом косом размере. Определите положение, позицию и вид плода»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	положение плода продольное, 1- я позиция, задний вид
	положение плода продольное, 1- я позиция, задний вид
	положение плода продольное, 2- я позиция, передний вид
	положение плода продольное, 1- я позиция, передний вид
	положение плода продольное, 2- я позиция, задний вид

76. «При Заднем виде затылочного вставления»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает усиленное сгибание
	в выходе из малого таза головка совершает разгибание
	головка прорезывается окружностью 35 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является центр лба

77. «При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:
- предлежит головка плода, пальпации доступны верхний край симфиза, безымянные линии, крестцовая впадина на всем протяжении. Определите местонахождение головки плода»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	головка в полости малого таза
	головка большим сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз
	головка малым сегментом фиксирована во входе в таз
	головка прижата к плоскости входа в малый таз
	головка плода в выходе малого таза

78. «При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:
- предлежит головка плода, частично определяются безымянные линии, нижний край симфиза, на значительном протяжении прощупывается крестцовая впадина.

На основании этих данных можно заключить, что головка плода»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прижата к плоскости входа в малый таз
	малым сегментом фиксирована во входе в малый таз
	большим сегментом фиксирована во входе в малый таз
	в полости малого таза
	в выходе таза

79. «Укажите размер окружности головки доношенного плода, соответствующий большому косому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	33-35 см
	32-34 см
	39-40 см
	31-33 см
	30-32 см

80. «Головка рождается окружностью, соответствующей среднему косому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления

	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

81. «При переднем виде затылочного вставления»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает сгибание
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание
	головка прорезывается окружностью 35 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является область большого родничка

82. «Надпереносье и затылочный бугор являются точками фиксации»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при заднем виде затылочного вставления
	при лобном вставлении
	при лицевом вставлении

83. «Головка рождается окружностью, соответствующей прямому размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при заднем виде затылочного вставления
	при переднем виде затылочного вставления
	при переднеголовном вставлении
	при лицевом вставлении
	при лобном вставлении

84. «При лобном вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	форма головки - долихоцефалическая
	в выходе из малого таза головка совершает сгибание
	головка прорезывается окружностью 33 см
	родовая опухоль формируется в области большого родничка
	ведущей точкой является центр лба

85. «При лицевом вставлении»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во входе в малый таз головка совершает максимальное разгибание
	в выходе из малого таза головка совершает разгибание
	головка прорезывается окружностью 35 см
	родовая опухоль формируется в области лба
	ведущей точкой является центр лба

86. «Форма головки - "башенный череп" характерна для родов»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при переднеголовном вставлении
	при затылочных вставлениях
	при лицевом вставлении
	при лобном вставлении
	при тазовом предлежании

87. «Головка рождается окружностью, соответствующей вертикальному размеру»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	переднем виде затылочного вставления
	переднеголовном вставлении
	заднем виде затылочного вставления
	лобном вставлении
	лицевом вставлении

88. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ТАЗОВЫМ КОНЦОМ»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предлежат одни ягодицы без ножек
	Предлежат ягодицы и ступни ножек
	Предлежат обе ножки без ягодиц
	Предлежит ручка с лопаткой
	Предлежит одна ножка

89. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕПОЛНЫМ РАЗГИБАТЕЛЬНЫМ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	В просвет малого таза согнутые ножки обращены коленками
	Предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах
	Предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах
	Предлежат одни ягодицы без ножек
	Предлежат ягодицы и ступни ножек

90. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНЫМ РАЗГИБАТЕЛЬНЫМ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах
	Предлежат ягодицы и ступни ножек
	Предлежат одни ягодицы без ножек
	Предлежат коленки плода
	Предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах

91. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНЫМ СГИБАТЕЛЬНЫМ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предлежат одни ягодичы без ножек
	Предлежат ягодичы и ступни ножек
	Предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах
	Предлежат коленки плода
	Предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах

92. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДАННЫХ НАРУЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Высокое стояние дна матки
	Наиболее отчетливо сердцебиение плода выслушивается выше пупка
	Над входом в малый таз – крупная плотная предлежащая часть, баллотирует
	Шевеления плода ощущаются в основном в нижних отделах живота
	В дне – округлая плотная баллотирующая часть плода, смещенная от средней линии влево или вправо

93. «УКАЖИТЕ, ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРУЖНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА НА ГОЛОВКУ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Доношенная беременность
	Рубец на матке
	Маловодие
	Многоводие
	Узкий таз

94. «УКАЖИТЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИМНАСТИКИ, КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Живой плод
	Хорошая подвижность плода
	Многоплодная беременность
	Податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки
	Нормальный тонус матки

95. «УКАЖИТЕ, ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Узкий таз
	III степень разгибания головки
	Сгибание головки
	Двойня и тазовое предлежание первого плода
	Небольшие размеры плода (2 000 г)

96. «УКАЖИТЕ, ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛОДА В СГИБАТЕЛЬНОМ ТИПЕ НЕПОЛНОГО ЯГОДИЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ В ПЕРВОЙ ПОЗИЦИИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	На левой ягодице
	На левой ножке
	На правой ножке
	На правой ножке и правой ягодице
	На правой ягодице

97. «УКАЖИТЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ МОМЕНТОМ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Боковое сгибание поясничной части позвоночника плода и поступательное движение плода
	Внутренний поворот плечиков: плечики встают в прямой размер выхода
	Внутренний поворот головки: головка вступает малым косым размером в косой размер входа в таз
	Боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника
	Внутренний поворот ягодиц при переходе ягодиц из широкой части м. таза в узкую: поперечный размер ягодиц встает в прямом размере выхода

98. «Кровопотеря в раннем послеродовом периоде считается патологической, если:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	составила 0,5 % от массы тела роженицы;
	составила 0,3—0,5 % от массы тела роженицы;
	составила 0,4 % от массы тела роженицы при стабильной гемодинамике;
	составила более 0,5 % от массы тела роженицы при стабильной гемодинамике;
	все ответы неправильные.

99. «Объем инфузионно-трансфузионной терапии, как правило, определяется: 1) уровнем артериального давления; 2) частотой пульса; 3) объемом кровопотери; 4) самочувствием и состоянием роженицы (родильницы).»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	правильно 1, 2, 3;

	правильно 1,2;
	все ответы правильные;
	правильно только 4;
	все ответы неправильные

100. «Диагностика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде осуществляется на основании следующей клинической картины: 1) интенсивное кровотечение из половых путей при расслабленной матке; 2) незначительное кровотечение из половых путей через 10—15—30 мин после выделения последа, которое прекращается после наружного массажа матки и применения сокращающих матку средств, но после короткого промежутка времени вновь возобновляется; 3) кровотечение из половых путей, несмотря на целость родившегося последа; 4) кровотечение из половых путей при отсутствии травматического повреждения мягких тканей родового канала.»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	правильно 1, 2, 3
	правильно 1,2
	все ответы правильные
	правильно только 4;
	все ответы неправильные

101. «При наличии полного истинного приращения плаценты, как правило, имеет место: 1) отягощенный акушерско-гинекологический анамнез; 2) отсутствие признаков отделения плаценты; 3) отсутствие кровянистых выделений из половых путей; 4) массивное кровотечение при попытке ручного отделения плаценты.»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	правильно 1, 2, 3
	правильно 1,2;
	все ответы правильные
	правильно только 4;
	все ответы неправильные

102. «Следующие виды акушерской патологии способствуют развитию ДВС-синдрома:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде;
	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
	эмболия околоплодными водами
	правильно а) и в);
	верно все перечисленное

103. «Типичным вариантом гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	а) массивная одномоментная кровопотеря с нормальной свертываемостью крови;
	б) повторная кровопотеря, растянутая во времени, небольшими порциями;

	в) кровопотеря с первоначальным снижением коагуляционных свойств крови;
	г) правильно а) и б);
	д) правильно б) и в).

104. «При истинном приращении нормально расположенной плаценты показано:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ручное отделение плаценты;
	выскабливание послеродовой матки;
	тампонада матки тампоном с фибриногеном
	удаление матки
	наложение шва на шейку матки по Лосицкой

105. «Задержка частей плаценты в матке обычно обусловлена:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	патологическим (плотным) прикреплением плаценты к стенке матки;
	нарушением сократительной способности матки
	спазмом маточного зева
	всем перечисленным
	ничем из перечисленного

106. «Массивное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлено»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нарушением системы свертывания крови;
	нарушением сократительной способности матки
	тупой травмой живота
	повышенной двигательной активностью плода
	верно 1, 2

107. «Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	произвести кесарево сечение;
	продолжать вести роды консервативно
	наложить акушерские щипцы
	применить вакуум-экстракцию плода
	верно все перечисленное

108. «Во время кесарева сечения, выполняемого по поводу полного предлежания плаценты, возникло кровотечение. Следует заподозрить:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	истинное врастание ворсин хориона в миометрий;
	гипотонию матки
	гипокоагуляцию;
	все перечисленное
	ничего из перечисленного

109. «При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5—6 см родоразрешение показано:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	путем кесарева сечения;
	через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
	через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции;
	произвести поворот на ножку плода

110. «Фактором риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	выполнение кесарева сечения при преждевременных родах;
	осложненное течение послеоперационного периода
	корпоральное кесарево сечение
	интервал между операциями кесарева сечения менее 2 лет
	все перечисленное выше.

111. «Операция кесарева сечения может быть выполнена:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	под комбинированным эндотрахеальным наркозом;
	в условиях эпидуральной анестезии
	под спинномозговой анестезией
	под местной инфильтрационной анестезией
	может быть использовано любое из перечисленных выше анестезиологических пособий.

112. «Какая методика кесарева сечения является наиболее распространенной:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	классическое (корпоральное) кесарево сечение;
	кесарево сечение в нижнем сегменте матки
	экстраперитонеальное кесарево сечение
	влагалищное кесарево сечение
	ни одна из перечисленных выше

113. «К факторам риска возникновения гнойно-септических осложнений кесарева сечения следует отнести:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
------------------------	------------------

	бактериальный вагиноз;
	инфекцию мочевыводящих путей
	преждевременный разрыв плодных оболочек
	большую кровопотерю во время операции
	все перечисленные выше факторы

114. «Течение беременности при наличии рубца на матке осложняется:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	фетоплацентарной недостаточностью;
	аномалиями прикрепления плаценты
	неправильным положением плода
	угрозой прерывания беременности
	все перечисленное выше верно.

115. «К преимуществам кесарева сечения в нижнем сегменте матки следует отнести:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	разрез в функционально менее активной и «малососудистой» зоне;
	соответствие направления разреза на матке направлению основных пластов миометрия;
	заживление раны на матке путем полной регенерации
	все перечисленное выше
	ничего из перечисленного выше

116. «О несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения могут свидетельствовать:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	болезненность при пальпации рубца;
	деформация рубца, спаянного с подлежащими тканями
	боли в области рубца
	осложненное течение послеоперационного периода после предыдущего кесарева сечения
	Все перечисленное выше

117. «Осложнениями, приводящими к смерти родильниц, перенесших кесарево сечение, являются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	кровотечения;
	тромбоэмболия
	перитонит;
	прежде всего, кровотечения и перитонит
	эмболия околоплодными водами

118. «Для оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения используют»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гистероскопию;
	гистеросальпингографию;
	магнитно-резонансную томографию
	эхографическое исследование во время беременности
	пальпаторное исследование передней брюшной стенки.

119. «При отборе беременных с рубцом на матке для родоразрешения через естественные

родовые пути руководствуются следующими критериями:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	единственное кесарево сечение в анамнезе;
	не более одного искусственного прерывания беременности после предыдущего кесарева сечения;
	клинические и эхографические показатели состоятельности рубца;
	расположение плаценты по задней стенке матки;
	головное предлежание и средние размеры плода.

120. «Ведение послеоперационного периода после кесарева сечения предполагает:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	применение обезболивающих средств;
	проведение инфузионно-трансфузионной терапии
	профилактику пареза кишечника
	применение средств, вызывающих сокращение матки
	все перечисленное выше.

121. «В каких клинических ситуациях при кесаревом сечении обязательно расширение объема операции до экстирпации матки:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	матка Кувелера
	ранение маточных сосудов
	истинное приращение плаценты, расположенной в нижнем сегменте матки;
	миома матки с межмышечным и подбрюшинным расположением узлов
	киста яичника

122. «Какие осложнения возможны при выполнении кесарева сечения:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ранение мочевого пузыря
	ранение сосудистого пучка
	гипотоническое кровотечение
	синдром аорто-кавальной компрессии
	все вышеперечисленное

123. «В отделении патологии беременности поступила беременная К., 29 лет, с диагнозом

«Беременность 36-37 недель. Преэклампсия легкой степени». В последние сутки самочувствие пациентки ухудшилось. К гипертензии, отекам, протеинурии присоединились головная боль, ощущение тяжести в области лба и затылка, появилось расстройство зрения в виде мелькания мушек перед глазами. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов/минуту. Ваш НАИБОЛЕЕ вероятный диагноз?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	преэклампсия легкой степени
	преэклампсия тяжелой степени
	гипертонический криз
	НЦД по гипертоническому типу
	новообразование головного мозга

124. «В отделении патологии беременности поступила беременная К., 29 лет, с диагнозом

«Беременность 36-37 недель. Преэклампсия легкой степени». В последние сутки самочувствие пациентки ухудшилось. К гипертензии, отекам, протеинурии присоединились головная боль, ощущение тяжести в области лба и затылка, появилось расстройство зрения в виде мелькания мушек перед глазами. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов/минуту. Ваша НАИБОЛЕЕ вероятная тактика?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	наблюдение в динамике
	перевод в палату интенсивной терапии
	перевод в нейрохирургическое отделение
	амниотомия с последующим родовозбуждением
	абдоминальное родоразрешение – кесарево сечение

125. «Беременность 32 недель. Головка над входом в малый таз. Мажущие кровянистые выделения из половых путей. Кожные покровы розовые. Пульс 72 ударов/минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Матка не напряжена, безболезненная. Влагалище и шейка матки без изменений, незначительно выраженная пастозность в заднем своде. НАИБОЛЕЕ вероятная тактика?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	кесарево сечение
	амниотомия
	сохраняющая терапия
	стимуляция окситоцином
	наблюдение в динамике

126. «При беременности 38 недель началось кровотечение. НАИБОЛЕЕ вероятные действия врача?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	осмотр в развернутой операционной
	кесарево сечение
	гемостатическая терапия
	амниотомия
	стимуляция окситоцином

127. «Беременность 32 недели. Неделю назад в течение 3 дней были кровяные выделения без видимой причины. Сейчас кровяные выделения в умеренном количестве. Головка высоко над входом в малый таз. Схваток нет. НАИБОЛЕЕ вероятная тактика?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	кесарево сечение
	амниотомия
	консервативные методы лечения
	родовозбуждение окситоцином
	акушерские щипцы

128. «В отделении патологии беременности находится на лечении женщина К., 29 лет, с диагнозом «Беременность 36-37 недель. Преэклампсия легкой степени». В последние сутки самочувствие больной ухудшилось, к гипертензии, отекам, протеинурии присоединились головная боль, ощущение тяжести в области лба и затылка, появилось расстройство зрения в виде мелькания мушек перед глазами. Беременная возбуждена. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов/минуты. Околоплодные воды не отходили. НАИБОЛЕЕ вероятная тактика?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	продолжать наблюдение
	кесарево сечение

	перевод в палату интенсивной терапии
	амниотомия
	стимуляция окситоцином

129. «У беременной в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. **НАИБОЛЕЕ** вероятная акушерская тактика:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	интенсивная терапия и сохранение беременности
	родовозбуждение и родостимуляция окситоцином
	кесарево сечение
	амниотомия
	динамическое наблюдение

130. «Повторнобеременная при сроке 36 недель поступила в дородовое отделение с незначительными яркими кровянистыми выделениями из половых путей. Тонус матки повышен. Сердцебиение плода ясное. **НАИБОЛЕЕ** вероятный диагноз?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
	неполное предлежание плаценты
	полное предлежание плаценты
	разрыв матки
	начавшиеся преждевременные роды

131. «У беременной с незначительными яркими кровянистыми выделениями при обследовании установлено, что плацента перекрывает область внутреннего зева. Предполагаемая масса плода 2200,0 гр. **НАИБОЛЕЕ** вероятная тактика врача при поступлении беременной:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	операция кесарево сечение
	наблюдение в динамике
	введение спазмолитиков
	введение глюкокортикоидов
	антианемическая терапия

132. «Врач женской консультации выявил тазовое предлежание при беременности 36 недель. Соматической и акушерской патологии у беременной нет. Наиболее вероятная тактика врача:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	госпитализировать в роддом
	назначить лечебную гимнастику
	госпитализировать в 38 недель
	госпитализировать с началом родовой деятельности
	госпитализировать при дородовом излитии о/вод

133. «Первородящая 23 лет доставлена в роддом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое, сознание заторможенное. АД 150/100 мм рт. ст., пульс 98 ударов/минуту. Выраженные отеки на ногах. Определите наиболее вероятную тактику ведения беременной:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	продолгование беременности на фоне лечения

	проведение комплексной интенсивной терапии в течение 2-3 дней
	кесарево сечение на фоне комплексной интенсивной терапии
	родовозбуждение с последующим наложением акушерских щипцов
	подготовка родовых путей с целью индукции родов

134. «Беременная 28 лет. Беременность четвертая, в анамнезе три искусственных аборта. В сроке 28 недель в покое появились скудные кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 30,0 мл. Положение плода поперечное. Матка в нормотонусе. При влагалищном исследовании обнаружено краевое предлежание плаценты. Наиболее вероятная тактика?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	произвести операцию кесарево сечение
	произвести амниотомию
	вызвать родовую деятельность
	назначить токолитики и пролонгировать беременность
	наблюдение в динамике под контролем анализов крови

135. «Первобеременная 19 лет находится в родильном доме с диагнозом «Беременность 35 недель. Преэклампсия тяжелой степени». Проводимая комплексная терапия в течение 48 часов с положительным эффектом. Ваша наиболее вероятная тактика:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	продолжить комплексную терапию и пролонгировать беременность
	произвести операцию кесарево сечение
	подготовка для досрочного родоразрешения через естественные родовые пути
	выписать под строгим контролем женской консультации
	отменить комплексную терапию и пролонгировать беременность

136. «Наиболее точным методом диагностики предлежания плаценты является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	наружное акушерское исследование
	влагалищное исследование
	реография матки
	амниоскопия
	УЗ-исследование

137. «В роддом доставлена повторнобеременная со сроком беременности 32 недели. Беременность третья, в анамнезе два искусственных аборта, после второго аборта был эндометрит. Среди полного благополучия из половых путей появились обильные кровянистые выделения. Кровопотеря около 300,0 мл. Из обменной карты беременной выявлено, что при УЗИ в 30 недель выявлено полное предлежание плаценты. АД 105/60 мм рт. ст, пульс 90 ударов/минуту. Матка в нормотонусе, легко возбудима при пальпации. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода не выслушивается. Наиболее вероятная акушерская тактика:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	инфузионную терапию и кесарево сечение
	гемотрансфузию и кесарево сечение
	амниотомию и наружно-внутренний поворот
	амниотомию и плодоразрушающую операцию

амниотомию и надвлагалищную ампутацию матки

138. «Беременная 40 лет доставлена в роддом в состоянии средней тяжести с доношенной беременностью. Беременность - 7, родов - 4, аборт - 2. Дома внезапно, появились боли в животе и кровотечение, выделилось около 250,0 мл. Одновременно появились общая слабость, одышка, рвота. При поступлении: состояние средней тяжести, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 96 ударов/минуту. Матка в гипертонусе, болезненная в правом трубном углу. Сердцебиение плода не выслушивается. Влагалищное исследование: шейка матки длиной до 1,5 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь цел, напряжен. Наиболее вероятная акушерская тактика:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	начать инфузионную терапию
	оксигенотерапия
	обезболивание
	операция кесарево сечение
	начать гемотрансфузию

139. «У повторнородящей 36 лет, в доношенном сроке, появились кровянистые выделения из половых путей. Матка в тонусе, не расслабляется. Сердцебиение плода до 80 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки «зрелая», плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Наиболее вероятная тактика врача:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Родоразрешение через естественные родовые пути
	Произвести вскрытие плодного пузыря
	Абдоминальное родоразрешение (кесарево сечение)
	Наложить акушерские щипцы (полостные)
	Применить утеротонические средства (окситоцин)

140. «У повторнородящей 36 лет, в доношенном сроке, появились кровянистые выделения из половых путей. Матка в тонусе, не расслабляется. Сердцебиение плода до 80 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки «зрелая», плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Наиболее вероятный диагноз:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предлежание плаценты
	Низкая плацентация
	Разрыв шейки матки
	Разрыв матки
	Отслойка плаценты

141. «У беременной в 34 недель появились боли в области лонного сочленения, поясничной области, "утиная" походка. Наиболее вероятный диагноз:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Угроза преждевременных родов
	Флебит нижних конечностей
	Радикулит поясничного отдела
	Воспаление лонного сочленения (симфизит)
	Размягчение лонного сочленения (симфизиопатия)

142. «Какая из перечисленных процедур даёт возможность наиболее раннего получения ДНК плода для пренатальной диагностики?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
------------------------	------------------

	фетоскопия
	амниоцентез
	биопсия ворсин хориона
	кордоцентез
	биопсия тканей плода

143. «О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГ свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	5-10 в минуту
	10-25 в минуту
	25-30 в минуту
	более 30 минут
	0-5 в минуту

144. «При отсутствии эффекта от лечения преэклампсии тяжелой степени и незрелой шейке матки необходимо:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	родоразрешить путем операции кесарево сечение
	родоразрешить через естественные родовые пути
	проводить созревание шейки матки
	произвести амниотомию с последующим родовозбуждением
	продолжать интенсивную терапию

145. «У роженицы с тяжелой преэклампсией при беременности 33 недели началась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Сердцебиение плода выслушивается. Действия врача.»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	интенсивная терапия и родовозбуждение
	роды вести через естественные родовые пути
	срочно применить спазмолитики и токолитики
	операция кесарева сечения
	с целью профилактики гипоксия плода в/в актовегин

146. «У повторнородящей 25 лет, при беременности 39-40 недель, с началом родовой деятельности появились кровянистые выделения, при влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие 2 см, слева и спереди предлежит край плаценты, кровопотеря 150,0 мл, что делать:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	продолжить наблюдение
	произвести амниотомию
	кесарево сечение
	наложить кожно-головные щипцы
	вести сокращающие

147. «У повторнбеременной, первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 2 см. диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода 3900 гр. Тактика ведения:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ранняя амниотомию и родовозбуждение

	ранняя амниотомия
	применение токолитиков
	кесарево сечение
	экстракция плода за тазовый конец

148. «Во время операции кесарева сечения по поводу полной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты выявлена матка Кювелера, присоединился ДВС-синдром. Что делать: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ушить разрез на матке и проводить борьбу с ДВС-синдромом
	произвести надвлагалищную ампутацию матки и борьбу с ДВС-синдромом
	произвести перевязку а. iliaca interna, экстирпацию матки и борьбу с ДВС-синдромом;
	произвести перевязку а. iliaca interna и борьбу с ДВС-синдромом
	прошить магистральные сосуды

149. «Какая тактика при двойне, если после рождения первого плода появилась клиника преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	определить положение и предлежащую часть второго плода, произвести амниотомию
	дождаться начала потуг
	начать родостимуляцию окситоцином через 10 мин после рождения первого плода
	произвести кесарево сечение
	произвести акушерский поворот на ножку с последующим извлечением плода

150. «У повторнородящей 26 лет, частичное предлежание плаценты, тазовое предлежание. Какая тактика врача:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	вскрыть плодный пузырь
	родостимуляция
	кесарево сечение
	вскрыть плодный пузырь и наложить кожно-головные щипцы
	акушерский отдых

151. «В каком сроке беременности окончательно выставляется диагноз тазового предлежания?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	32 недели
	34 недели
	40 недель
	28 недель
	36 недели

152. «Госпитализация беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	в специализированном акушерском стационаре (родильном

	доме)
	в специальных боксах соответствующих отделениях инфекционных больниц
	в неспециализированном родильном доме
	в наблюдательном акушерском отделении родильного дома
	не госпитализируются до полного излечения основного заболевания

152. «В норме у беременной содержание сахара:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	от 1,2 ммоль/л до 1,8 ммоль/л
	от 2,2 ммоль/л до 2,8 ммоль/л
	от 3,5 ммоль/л до 4,4 ммоль/л
	от 5,1 ммоль/л до 6,2 ммоль/л
	от 7,3 ммоль/л до 8,4 ммоль/л

153. «Что не относится к физиологическим изменениям в сердечно-сосудистой системе:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	усиление обмена, направленного на обеспечение потребности плода
	увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса
	появление плацентарной системы кровообращения
	ограничение подвижности диафрагмы, за счет увеличения размеров матки, и изменение положения сердца
	прогибание створок митрального клапана в левом предсердии в систолу желудочков

154. «В сроке беременности 33 недели у повторно беременной выявлено тазовое предлежание плода, тактика участкового плода:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	госпитализировать беременную срочно в роддом
	произвести наружный акушерский поворот
	рекомендовать явку через 2 недели
	произвести УЗИ
	рекомендовать выполнение корригирующей терапии

155. «Наиболее оптимальный срок для исключения аномалии развития плода при УЗ-исследовании:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	В 5-6 недель.
	В 8-9 недель.
	В 16-18 недель.
	В 20-21 недели.
	В 30-31 неделю

156. «Показанием к искусственной вентиляции легких при преэклампсии является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Эклампсический статус.
	Острая дыхательная недостаточность
	Печеночно-почечная недостаточность

	Все перечисленные выше.
	преэклампсия является противопоказанием для применения искусственной вентиляции легких

157. «Каким методом производят родоразрешение при многоводии:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Ведут роды как обычно.
	путем операции кесарево сечение.
	выпускают медленно воды в течении 2-х часов с последующим родовозбуждением.
	быстро выпускают воды.
	проводят родостимуляцию.

158. «Причины внутриутробной задержки развития плода:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Анемия тяжелой степени
	гестоз, отслойка плаценты
	возраст женщины.
	фетоплацентарная недостаточность.
	предлежание плаценты

159. «Расположение плаценты следует считать низким, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	На 13-14 см
	на 11-12 см
	на 9-10 см
	на 7-8 см
	на 5-6 см

160. «Аntenатальная гибель плода - это гибель плода с:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	22 недель беременности до начала родовой деятельности
	28 недель беременности до начала родовой деятельности
	32 недель беременности до начала родовой деятельности
	38 недель беременности до начала родовой деятельности
	С беременности ранних сроков до 7 дней жизни

161. «По гистологической классификации миома матки отнесена к опухолям: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	эпителиальным
	мезенхимальным
	смешанным эпителиальным и мезенхимальным
	трофобластическим
	лимфоидным

162. «Пролиферирующей миоме матки соответствует гистологический вариант:»

Поле для выбора	Варианты ответов

ответа	
	эпителиоидный
	миксоидный
	липолейомиома
	митотически активная лейомиома
	клеточный

163. «Наиболее частая локализация миоматозных узлов: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	шеечная
	перешеечная
	шеечно-перешеечная
	корпоральная
	межсвязочная

164. «Клиническим проявлением интерстициально расположенной миомы матки является чаще:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	увеличение менструальной кровопотери с развитием анемии
	болевого синдром
	нарушение функции тазовых органов
	бесплодие
	ациклические кровотечения

165. «Противопоказанием к проведению консервативного лечения больных миомой матки является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	миома матки небольших размеров с интрамуральным расположением узлов
	миома матки с узлом 3 см в диаметре и субсерозной локализацией на широком основании
	сочетание миомы матки небольших размеров и гиперпластического процесса без атипии в эндометрии
	сочетание миомы матки небольших размеров с аденомиозом
	быстрый рост миомы матки

166. «Противопоказанием к проведению гормональной терапии у больных миомой матки является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	сочетание миомы матки небольших размеров с гиперпластическими процессами без атипии в эндометрии
	сочетание миомы матки небольших размеров с аденомиозом
	миома матки с интрамуральным расположением узлов и размером соответствующим 8 неделям у женщины в репродуктивном возрасте
	сочетание миомы матки с опухолью яичника
	наличие мастопатии

167. «В связи с высоко частотой развития побочных эффектов консервативная терапия при миоме матки проводится редко следующей группой препаратов:»

Поле для	Варианты ответов
----------	------------------

выбора	
ответа	
	прогестагены
	аГнРГ
	производные тестостерона
	антипрогестагены
	КОК

168. «Эмболизация маточных артерий у больных миомой матки проводится:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	у женщин репродуктивного возраста с субсерозной локализацией узла на нешироком основании
	перед хирургическим лечением по поводу симптомного течения миомы матки
	при подозрении на лейомиосаркому
	при наличии больших размеров миомы матки и быстром росте узлов
	при активном инфекционном процессе и противопоказаниях к хирургическому лечению

169. «Показанием к проведению ФУЗ-МРТ аблации миоматозных узлов является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	сочетание миомы матки с опухолью яичника
	миома матки у больной с ожирением II-III степени
	подбрюшинная локализация миомы матки на нешироком основании
	многоузловая миома матки (более 10 узлов)
	интрамурально-субсерозная миома матки с геморрагическим синдромом

170. «Наиболее частым осложнением беременности у пациенток с миомой матки является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гестоз
	анемия
	невынашивание беременности
	плацентарная недостаточность
	ранний токсикоз

171. «Показанием к хирургическому у больных миомой матки во время беременности является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	отек миоматозного узла
	деформация полости матки миоматозным узлом
	увеличение размеров миоматозного узла
	угроза прерывания беременности в первом триместре
	некроз миоматозного узла

172. «Риск малигнизации узлов миомы матки в менопаузе снижается при:»

Поле для	Варианты ответов
----------	------------------

выбора ответа	
	наличие ожирения
	поздней менопаузе
	инволюции узлов миомы
	наличие болевого синдрома
	гиперплазии эндометрия

173. «Для анемии беременных характерна следующая нижняя граница содержания гемоглобина»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	125г\л
	120г\л
	110г\л
	100г\л
	90г\л

174. «Для физиологически протекающей беременности характерна»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гиперкоагуляция с активацией фибринолиза
	гипокоагуляция с активацией фибринолиза
	гиперкоагуляция, фибринолиз заторможен
	гипокоагуляция ,фибринолиз заторможен
	гиперкоагуляция, нормальный фибринолиз

175. «При варикозной болезни у беременных показано»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прерывание беременности
	лечение непрямыми антикоагулянтами
	лечение троксевазином с витамином Е
	постельный режим
	ангиография

176. «Физиологические изменения гемодинамики при беременности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	снижение объема циркулирующей крови
	увеличение объема циркулирующей крови
	увеличение объема эритроцитов и уменьшение объема плазмы
	увеличение объема плазмы и резкое снижение объема эритроцитов
	увеличение объема эритроцитов и значительное увеличение объема плазмы

177. «Концентрация фибриногена при физиологической беременности»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	не изменяется
	увеличивается
	уменьшается
	увеличивается при обязательном развитии гиперкоагуляции
	уменьшается при обязательном развитии гипокоагуляции

178. «При железодефицитной анемии назначают:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	витамин В-12
	фолиевую кислоту
	препараты железа
	витамин В-12 с обязательным назначением фолиевой кислоты
	комплекс витаминов совместно с гормональными препаратами

179. «При нормальной беременности происходят следующие изменения в обмене железа:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	повышается концентрация железа в сыворотке крови
	снижается концентрация железа в сыворотке крови
	повышается железосвязывающая способность сыворотки крови
	повышается содержание железа в самом эритроците
	повышается процент насыщения трансферрином

180. «Потребность железа в 1 триместре беременности составляет:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	0,6-0,8мг
	1,5-1,8мг
	2,4-2,6мг
	3,5-4,0мг
	4,0-5,0мг

181. «Потребность железа в период лактации составляет:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	0,6-0,8мг
	1,5-1,8мг
	2,4-2,6мг
	3,5-4,0мг
	4,0-5,0мг

182. «Для железодефицитной анемии при беременности характерно:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ипокоагуляция с повышением толерантности к гепарину
	нормальная толерантность к гепарину
	повышение толерантности к гепарину
	гипокоагуляция со снижением толерантности к гепарину
	гиперкоагуляция с повышением толерантности к гепарин

183. «Железодефицитную анемию у беременных диагностируют по:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	концентрации билирубина в сыворотке крови
	по концентрации гемоглобина
	по определению числа лейкоцитов
	по определению числа ретикулоцитов

	по гемостазиограмме
--	---------------------

184. «Состояние тромбофилии характеризуется»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	недостаточностью выработки прогестерона
	недостаточностью выработки антикоагулянтов
	гиперкоагуляцией
	повышением агрегации тромбоцитов
	повышением выработки антикоагулянтов

185. «Тромбоцитопатия характеризуется:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	снижением агрегации тромбоцитов
	снижением количества тромбоцитов
	повышением агрегации тромбоцитов
	тромбоцитозом
	недостаточностью антикоагулянтов

186. «Начальные признаки гестоза характеризуются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гиперкоагуляцией
	повышением активности антикоагулянтов
	повышением количества фибриногена
	гиперагрегацией тромбоцитов
	гипокоагуляцией

187. «Какие препараты железа содержат фолиевую кислоту:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ферроплекс
	фенюльс
	ферол
	феррокаль
	гино-тардиферон

188. «Развитию анемии способствует:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Гиперэстрогения
	гипоэстрогения
	гипертиреоз
	повышение прогестерона
	гиперандрогения

189. «Лечение мегалобластной анемии:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	фолиевая кислота и витамин В-12
	препараты железа
	кортикостероиды

	спленэктомия
	переливание отмытых эритроцитов

190. «Снижают усвояемость железа:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	фтор и свинец
	медь и марганец
	глюкокортикоиды
	кобальт
	сочетание животных и растительных продуктов

191. «Лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	переливание крови
	переливание тромбоцитарной массы
	переливание антигемофильной плазмы
	кортикостероиды и спленэктомия
	индивидуально подобранные отмытые эритроциты

192. «Профилактика кровотечения при Болезни Виллебранда заключается в:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	назначении гемотрансфузий
	применении антикоагулянтов
	переливании сухой плазмы
	переливании антигемофильной плазмы и криопреципитата
	Назначении дезагрегантов

193. «Признаком воспалительного процесса является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	недостаток антикоагулянтов
	снижение активности VIII фактора
	повышение концентрации фибриногена
	снижение концентрации фибриногена
	снижение активности тромбоцитов

194. «Какой из препаратов активизирует тромбоцитарное звено гемостаза:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	аспирин
	троксевазин
	ферроплекс
	дицинон
	фолиевая кислота

195. «В лечении антифосфолипидного синдрома используют:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	фолиевую кислоту
	препараты фосфора

	комплекс витаминов группы В
	антиагреганты или прямые антикоагулянты
	непрямые антикоагулянты

196. «Какая микрофлора является нормальной для влагалища?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	анаэробная
	ацидофильная
	бифидобактерии
	стрепто- стафилококки
	микрофлора отсутствует

197. «Диагностический критерий Амсел характерен для:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	трихомониаза
	микотического вульвовагинита
	генитального герпеса
	неспецифического вагинита
	бактериального вагиноза

198. «Бактерицины продуцируются»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Клетками Лангерганса
	Эпителием цервикального канала
	нормальной микрофлорой
	В-лимфоцитами
	Т-лимфоцитами

199. «Пенистые, с гнилостным запахом, выделения характерны для: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гонорей
	трихомонадного кольпита
	микотического вульвовагинита
	сенильного кольпита
	бактериального вагиноза

200. «Цикл развития хламидий:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	1 месяц
	2 недели
	12 дней
	3 дня
	5 дней

201. «TANK-функция»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	персистенция микроорганизмов внутри трихомонад

	нахождение микроорганизма в подслизистом слое эпителия влагалища
	изменение морфологических свойств
	усиление устойчивости к антибиотикам
	создание микробных ассоциаций в цервикальном канале

202. «Клинически генитальный герпес проявляется »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	повышением температуры тела
	везикулезными высыпаниями
	патологическими выделениями из влагалища
	течение заболевания торпидное
	понижением гематокрита, повышением гемоглобина в единице объема крови

203. «При гонорее влагалищные выделения имеют окраску»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	белую
	желтую
	зеленую
	с примесью крови
	не окрашены

204. «*M. hominis* и *U. urealiticum*»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ассоциированные с бактериальным вагинозом микроорганизмы
	строгие патогены
	имеют гематогенный путь передачи
	имеют воздушно-капельный путь передачи
	приводят к развитию уретритов и циститов

205. «При первичном сифилисе реакция лимфатических узлов:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	увеличены мезентериальные узлы
	увеличены паховые, безболезненные
	реакция лимфатических узлов отсутствует
	увеличены паховые, болезненные
	изъязвление кожи над лимфатическими узлами

206. «В микробиоценозе влагалища диагностически значимой является концентрация . *M. hominis* и/или *U. urealiticum*»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	$\geq 10^4$ КОЕ\мл
	факт обнаружения
	$\geq 10^8$ КОЕ\мл
	факт обнаружения обоих микроорганизмов
	патогенами не являются

207. «В норме во влагалищном мазке концентрация нейтрофильных гранулоцитов »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	не должно присутствовать
	20 – 40 в п\зрения
	может быть сколько угодно
	в I-ом триместре – количество палочкоядерных лейкоцитов повышается выше нормы, со II-го триместра – снижаются до нормальных цифр
	до 10 в п\зрения

208. «Препараты 5-нитроимидазоловой группы используются в терапии:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	неспецифического вагинита
	первичного сифилиса
	в комплексе реабилитационных средств, для поддержания ацидофильной микрофлоры
	микотического вульвовагинита
	трихомониаза и бактериального вагиноза

209. «Аминовый тест используется в диагностике»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	трихомониаза
	микотического вульвовагинита
	микоплазменной инфекции
	герпетической инфекции
	бактериального вагиноза

210. «На какие органеллы трихомонад действуют препараты 5-нитроимидазолового ряда :»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	рибосом
	мембраны
	ядро
	аппарат Гольджи
	митохондрии

211. «Климактерический период включает в себя:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	перименопаузу, менопаузу и постменопаузу;
	пременопаузу, менопаузу и постменопаузу
	пременопаузу и постменопаузу
	только пременопаузу
	только постменопаузу

212. «Сроки начала старения организма»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с 25 лет
	с рождения
	с 30 лет

	с 45 лет
	с 65 лет.

213. «Пременопауза - это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нарушение менструального цикла;
	переходный период
	появление нейровегетативной и психоэмоциональной симптоматики;
	старение организма
	нарушение качества жизни.

214. «Климактерический синдром - это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нарушение менструального цикла в период климактерия
	проявление нейровегетативной, психоэмоциональной и обменно-эндокринной симптоматики
	развитие остеопороза у женщин в период климактерия
	появление приливов у женщин
	появление гипергидроза у женщин

215. «Расчет индекса Куппермана используется для»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	определения времени наступления периода климактерия;
	оценки степени тяжести климактерического синдрома
	оценки эффективности лечения климактерического синдрома;
	оценки нейровегетативной симптоматики климактерического синдрома;
	оценки психоэмоциональной симптоматики климактерического синдрома.

216. «Менопауза - это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	период нарушения менструальной функции;
	время последних месячных
	проявление нейровегетативной и психоэмоциональной симптоматики в период климактерия
	развитие остеопороза
	развитие урогенитальных расстройств

217. «Срок наступления менопаузы устанавливают»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	не ранее чем через 3 года после окончания последних месячных
	не ранее чем через 2 года после окончания последних месячных;

	не ранее чем через 1 год после окончания последних месячных;
	не ранее чем через 5 лет после окончания последних месячных
	не ранее чем через 10 лет после окончания последних месячных.

218. «Постменопауза характеризуется:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	общими инволюционными процессами в организме женщины;
	проявлениями нейровегетативной и психоэмоциональной симптоматики;
	обязательным развитием остеопороза
	обязательным развитием урогенитальных расстройств
	опущениями и выпадениями половых органов у женщин в период климактерия.

219. «Раннее наступление климактерия - это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	появление нарушений менструального цикла в возрасте 30-35 лет;
	появление нарушений менструального цикла в возрасте 35-42 лет;
	появление нарушений менструального цикла в возрасте 42-45 лет;
	появление нарушений менструального цикла в возрасте 25 – 30 лет;
	появление нарушений менструального цикла в возрасте 50 лет.

220. «Преждевременная менопауза - это»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прекращение месячных в возрасте 38-42 лет
	прекращение месячных в возрасте 35-38 лет
	прекращение месячных в возрасте после 40 лет
	прекращение месячных в возрасте 30 – 35 лет;
	прекращение месячных в возрасте 27 – 30 лет

221. «Средняя степень тяжести климактерического синдрома по данным модифицированного менопаузального индекса Куппермана:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	30 - 42 балла;
	35 – 58 баллов
	39 – 60 баллов
	20 – 30 баллов
	60 – 65 баллов

222. «Атипичная форма климактерического синдрома - это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	проявления приливов и раздражительности;
	проявления гипергидроза, приливов и других симптомов

	проявления приступов бронхиальной астмы, аллергических реакций и других симптомов
	проявления неустойчивого артериального давления;
	плохая переносимость высоких температур

223. «Фитоэстрогены - это»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	вещества, содержащиеся в растении и обладающие эстрогеноподобными свойствами;
	вещества, содержащиеся в растении и ответственные за рост этого растения;
	вещества, способствующие устранению приливов
	вещества, вырабатываемые в организме женщин
	вещества, вырабатываемые в организме животных

224. «Какое количество показателей включает в себя высчитывание индекса Куппермана в модификации Уваровой:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	22
	11
	16
	25
	40

225. «Наиболее часто встречающийся симптом климактерического синдрома:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гипергидроз
	раздражительность
	приливы
	плаксивость
	раздражительность

226. «Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Гонадотропины
	Эстрогены
	Гестагены
	Релизинг-факторы
	Кортикотропины

227. «Гипофиз вырабатывает следующие гормоны:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Пролактин
	ФСГ
	АКТГ
	Все вышеперечисленные
	Ничего из перечисленного

228. «Гонадотропины это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ФСГ,ЛГ И чХГ
	ФСГ,ЛГ И ПРОЛАКТИН
	ФСГ,ЛГ,СТГ
	ТТГ и ФСГ
	ЭСТРАДИОЛ И ПРОГЕСТЕРОН

229. «Непосредственно управляет ростом фолликулов:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ФСГ И ЛГ
	ФСГ
	ЭСТРАДИОЛ
	ПРОГЕСТЕРОН
	КЛОМИФЕН

230. «Химическая структура релизинг-фактора:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Белок
	Стероид
	Гликопротеид
	Пептид
	Углевод

231. «Химическая структура гонадотропинов:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Белок
	Стероид
	Гликопротеид
	Пептид
	Дисахарид

232. «Химическая структура эстрадиола:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Белок
	Стероид
	Гликопротеид
	Пептид
	ЛНП

233. «Абсолютными признаками произошедшей овуляции являются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Наличие стигмы на яичнике
	Уровень прогестерона в середине второй фазы МЦ выше 20 nmol/L
	Беременность
	Все выше перечисленные

	Наличие жидкости в Дугласовом пространстве во вторую фазу МЦ
--	--

234. «Овуляцию вызывает:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Рефлекторное воздействие при коитусе
	ЛГ
	Растущий эстрадиол
	Скачек пролактина
	ФСГ

235. «Анализ гонадотропинов осуществляется(базальный уровень) на:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	2-3 день МЦ
	5-8 день МЦ
	12-14 день МЦ
	За 2-3 дня до месячных
	10-12 день МЦ

236. «В определении »Бесплодный брак« период ожидания наступления беременности»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	2 года
	6 месяцев
	1 год
	Зависит от возраста
	Не имеет значения

237. «Регулярность половой жизни определяет:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Национальные традиции
	Продолжительность менструального цикла
	Продолжительность жизни сперматозоида
	День менструального цикла
	Ничего из вышеперечисленного

238. «К факторам внешней среды определяющим высокую частоту бесплодия в популяции относят:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Физические факторы
	Химические факторы
	Микробиологические факторы
	Социальные факторы
	Все вышеперечисленные

239. «Более всего снижает эффективность лечения бесплодия:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов

	Патоспермия
	Гиперпролактинемия
	Гипофункция щитовидной железы
	Возраст женщины старше 39 лет
	Наличие скрытых инфекций

240. «К вспомогательным репродуктивным технологиям относят процедуры включающие:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Работу с эндокринной системой женщины
	Работу с половыми клетками и эмбрионами
	Мероприятия по восстановлению проходимости маточных труб
	Сохраняющую терапию
	Ничего из вышеперечисленного

241. «Действующим веществом дюфастона является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	микронизированный прогестерон
	дезогестрел
	хлормадион ацетат
	дидрогестерон
	норгестимат

242. «Варианты введения микронизированного прогестерона:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	трансдермальный, парентеральный
	внутривенный, пероральный
	пероральный, трансвагинальный
	внутримышечный, пероральный
	парентеральный, внутриматочный

243. «Дисменорея – это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	болезненные менструации
	нерегулярные менструации
	скудные менструации
	межменструальные кровомазания/кровотечения
	обильные менструации

244. «Заключение "вторичная аменорея" (при отсутствии беременности) правомочно, если:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	менструаций нет 2 месяца
	менструаций нет 3 месяца
	менструаций нет 4 месяца
	менструаций нет 5 месяцев
	менструаций нет 6 месяцев и более

245. «При окончательном диагнозе "Гипергонадотропная нормопролактинемическая недостаточность яичников. Вторичная аменорея" реализация репродуктивной функции возможна:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с помощью стимуляции овуляции прямыми стимуляторами овуляции
	при участии в программе ЭКО: донорская яйцеклетка
	с помощью стимуляции овуляции непрямыми стимуляторами овуляции
	при участии в программе ЭКО: суррогатное материнство
	необходимо выполнить резекцию яичников

246. «Фактор, усиливающий синтез пролактина:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	дофамин
	АКТГ
	эстрогены
	прогестагены
	антимюллеровый гормон

247. «При окончательном диагнозе "Гипогонадотропная нормопролактинемическая недостаточность яичников. Вторичная аменорея" реализация репродуктивной функции возможна:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с помощью стимуляции овуляции прямыми стимуляторами овуляции
	только при участии в программе ЭКО: донорская яйцеклетка
	с помощью стимуляции овуляции непрямыми стимуляторами овуляции
	только при участии в программе ЭКО: суррогатное материнство
	необходимо выполнить резекцию яичников

248. «Препаратами для коррекции гиперпролактинемии (при отсутствии необходимости хирургического лечения) являются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	агонисты дофамина
	седативные препараты
	эстрогены
	гестагены
	ингибиторы обратного захвата серотонина

249. «Меньшее число побочных эффектов при применении препарата Достинекс связано:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с режимом использования препарата 1-2 раза в неделю
	с селективным воздействием на D2-дофаминовые рецепторы
	с меньшим периодом полувыведения препарата
	с более быстрым достижением пика концентрации действующего вещества в крови
	с более высокой биодоступностью препарата

250. «При диагностировании гипотиреоза всегда обязательно исследование в крови:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	тестостерона
	пролактина
	адренкортикотропного гормона
	антидиуретического гормона
	эстрадиола

251. «Опсоменорея – это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	обильные менструации
	болезненные менструации
	ациклические маточные кровотечения
	редкие менструации
	укорочение менструального цикла

252. «Олигоменорея – это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	укорочение менструального цикла
	длительные кровомазания между менструациями
	отсутствие менструаций 6 месяцев и более
	малое число дней менструаций (2-3 дня)
	скудные менструации

253. «Какая из приведенных в качестве примера формулировок окончательного диагноза является правильной:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нарушение менструального цикла
	недостаточность яичников
	дисфункция яичников
	нормогонадотропная ановуляция, бесплодие II гиперпролактинемическая недостаточность яичников,
	гипергонадотропная аменорея

254. «К овуляторным дисфункциональным маточным кровотечениям относится:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	маточное кровотечение в связи с длительной персистенцией фолликула
	маточное кровотечение в связи с атрезией фолликула
	кровомазания/кровотечение в перивуляторный период
	кровотечение при наличии фолликулярной кисты яичника
	обильные менструации

255. «Не приводит к увеличению синтеза пролактина:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	увеличение серотонина
	прием пищи
	эстрогены
	наличие микропролактиномы

	дофамин
--	---------

256. «При впервые возникшем ациклическом маточном кровотечении в перименопаузе помощь начинается:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с гормонального гемостаза
	с лечебно-диагностического выскабливания матки
	с назначения лекарственных гемостатических средств
	с назначения растительных гемостатических средств
	используется выжидательная тактика

257. «Действующим веществом препарата Достинекс является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	бромокриптин
	этинилэстрадиол
	дезогестрел
	карбеголин
	этоногестрел

258. «Аномальное маточное кровотечение – это кровотечение:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	на фоне воспалительных заболеваний гениталий
	при наличии миомы матки
	при наличии опухоли яичника
	при раке эндометрия
	в связи с нарушением в системе регуляции менструальной функции, приводящим к нарушению продукции и биологического действия половых стероидных гормонов; это диагноз исключения

259. «Пройоменорея – это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	частые менструации
	редкие менструации
	скудные менструации
	болезненные менструации
	обильные менструации

260. «Препараты, используемые для обеспечения секреторных преобразований эндометрия при недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гестагены
	эстрогены
	комбинированные эстроген-гестагенные препараты
	андрогены
	глюкокортикоиды

261. «Воздержание мужчины перед сдачей спермограммы»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	2-3 дня
	3-4 дня
	3-7 дней
	Не боле 7 дней
	Не мене 7 дней

262. «К критериям оценки качества сперматозоидов относят критерии»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Маклера
	Лектора
	Крюгера
	Джобса
	Мюллера

263. «Нормальная концентрация сперматозоидов в эякуляте (ВОЗ 1999 год): »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Более 20 млн/мл
	Более 50 млн/мл
	Более 60 млн/мл
	Более 80 млн/мл
	Более 120 млн/мл

264. «Процент морфологически нормальных сперматозоидов (ВОЗ 1999 год):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Более 14%
	Более 20%
	Более 40%
	Более 60%
	Более 50%

265. «Категории оценки подвижности сперматозоидов:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	A,
	A,B,C
	A,B,C,D
	1,2,3,4
	Ничего из вышеперечисленного

266. «MAR- тест это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Оценка жизнеспособности сперматозоидов
	Оценка подвижности сперматозоидов
	Оценка компактизации хроматина
	Оценка концентрации антиспермальных антител в семенной плазме

	Ничего из вышеперечисленного
--	------------------------------

267. «Уровень антимюллера гормона у женщин отражает:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Функцию гипофиза
	День менструального цикла
	Приближение к овуляции
	Овариальный резерв
	Качество яйцеклеток

268. «Процедура ICSI(ИКСИ) подразумевает:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Денуклеацию ооцита
	Селекцию ооцитов
	Оценку бластомеров
	Генетический анализ хроматина
	Интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида

269. «Овуляторный диаметр фолликула составляет:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	17 мм
	18-22 мм
	23-25 мм
	Более 25 мм
	До 17 мм

270. «Синтез прогестерона желтым телом до формирования плаценты обеспечивает:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ФСГ
	ЛГ
	чХГ
	Эстрадиол
	Ничего из вышеперечисленного

271. «Желтое тело отсутствует в следующих программах ЭКО:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Суррогатное материнство
	Донорство яйцеклеток
	Программы с переносом криоконсервированных эмбрионов
	Все вышеперечисленные
	Ничего из вышеперечисленного

272. «В процессе дробления эмбриона его объем:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Увеличивается
	Уменьшается
	Остается неизменным

	Увеличивается в первые три дня
	Увеличивается с 3 дня

273. «Уровень чХГ в крови после переноса эмбрионов надо определять на:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	На 8 день
	На 10 день
	На 12 день
	Зависит от стадии развития эмбрионов в день переноса
	Зависит от жалоб пациентки

274. «Когда теряется диагностическая ценность определения чХГ для оценки прогрессирования беременности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	При появлении ультразвуковых критериев оценки прогрессирования беременности
	В 16 недель беременности
	На 5-6 неделе беременности
	1 и 3 ответ
	Ничего из вышеперечисленного

275. «Гормональная поддержка после ЭКО проводится до:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Диагностики беременности
	До 5 недель
	До 8-9 недель
	До 12 недель
	До 16 недель

276. «К критериям оценки качества сперматозоидов относят критерии:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Маклера
	Лектора
	Крюгера
	Джобса
	Мюллера

277. «Скрининг здоровых женщин с целью выявления рака молочной железы у женщин старше 40 лет проводится методом: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ультразвуковой диагностики
	рентгеновской маммографии
	компьютерной томографии
	ядерно-магнитно-резонансной томографии
	цитологического исследования

278. «Фиброзно-кистозная болезнь определяется как:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов

	пролиферативные и регрессивные изменения тканей молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонента;
	жировая инволюция молочной железы
	множественный внутрипротоковый папилломатоз
	индурация молочной железы
	гинекомастия.

279. «Уровень пролактина в плазме крови снижается:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	на фоне стресса
	во время полового акта
	на фоне беременности
	во время приема пищи
	при пробуждение ото сна.

280. «В развитии гиперпластических процессов молочной железы главную роль играют: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	эстрогены;
	прогестерон
	тиреоидные гормоны
	инсулин;
	кортизол.

281. «Укажите диетические факторы, являющиеся безусловно эффективными в уменьшении проявлений мастопатии:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	сокращение употребления метилксантинов;
	уменьшение количества клетчатки в рационе
	сокращение доли жиров в рационе
	увеличение количества выпиваемой жидкости
	употребление продуктов, богатых белком

282. «Выберите из перечисленных препаратов для лечения фиброзно-кистозной болезни лекарственные средства, имеющие доказанную эффективность (класс доказательности А):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нестероидные противовоспалительные препараты
	седативные и психотропные средства
	диуретики
	агонисты дофамина
	КОК.

283. «Выберите из перечисленных препаратов для лечения фиброзно-кистозной болезни лекарственные средства, имеющие «вероятную» эффективность (класс доказательности В):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	производные тестостерона;
	гестагены;
	фитопрепараты, содержащие масло вечерней примулы

	селективные модуляторы рецепторов эстрогенов (тамоксифен, торемифен);
	витамины

284. «Выберите из перечисленных препаратов для лечения фиброзно-кистозной болезни лекарственные средства, не имеющие доказанной эффективности (классдоказательности С):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	диуретики и витамины
	фитоэстрогены;
	нестероидные противовоспалительные препараты
	фитопрепараты, содержащие масло вечерней примулы
	КОК.

285. «Частота дисгормональных заболеваний молочных желёз значительно увеличивается у женщин:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с гиперпластическими процессами матки (миома матки, гиперплазия эндометрия);
	с воспалительными заболеваниями половых органов в менопаузе
	с патологией шейки матки
	без гинекологических заболеваний

286. «С целью скрининга рака молочной железы рентгеновская маммография проводится, начиная с возраста:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	35 лет;
	45 лет;
	55 лет;
	40 лет;
	60 лет

287. «Укажите заболевание или состояние, являющееся абсолютным противопоказанием (категория IV) к применению гормональной контрацепции (КОК):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	рак молочной железы в анамнезе (симптомы отсутствуют в течение 5 лет);
	уплотнение в молочной железе (после исключения рака молочной железы);
	рак молочной железы в настоящее время
	доброкачественный процесс в молочных железах
	отягощенная наследственность по заболеванию раком молочной железы.

288. «Укажите фактор, не увеличивающий риск развития рака молочной железы:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	отсутствие родов в возрасте старше 30 лет;
	ожирение;
	мутации генов BRCA1 и BRCA2
	использование КОК от 35 до 65 лет

	использование ЗГТ эстроген-гестагенами на протяжении более 7 лет.
--	---

289. «Укажите заболевание или состояние, при котором не отмечается масталгия:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	предменструальный синдром;
	межреберная невралгия
	диффузная фиброзно-кистозная болезнь
	плеврит;
	дискинезия желчевыводящих путей

290. «К какому классу по системе классификации ВОЗ относится следующая характеристика метода контрацепции «Метод используется при любых обстоятельствах».»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	I класс
	II класс
	III класс
	IV класс
	V класс

291. «К какому классу по системе классификации ВОЗ относится следующая характеристика метода контрацепции «Метод не должен использоваться. (Состояние, при котором применение контрацептива создаст недопустимый риск для здоровья)».»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	I класс
	II класс
	III класс
	IV класс
	V класс

292. «Выберите из перечисленных ниже характеристик ту, которая НЕ относится к комбинированным оральным контрацептивам (КОК):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	высокая эффективность
	метод эффективен немедленно
	не влияют на кормление грудью
	метод обратимый
	при использовании метода происходит уменьшение менструальной кровопотери

293. «Какое состояние НЕ является противопоказанием к использованию комбинированных оральных контрацептивов (КОК):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	миома матки
	текущий вирусный гепатит
	беременность
	возраст 35 лет и курение
	мигрень с очаговой неврологической симптоматикой

294. «Если женщина забыла принять две и более активные таблетки монофазного КОК (с

этинилэстрадиолом), ей следует:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прекратить на время принимать таблетки и возобновить прием, когда у нее начнется менструация
	выбросить пропущенные таблетки и продолжить прием как обычно
	принимать по 2 таблетки в день до тех пор, пока она не войдет в прежний график приема, и использовать страховочный метод 7 дней
	перейти на другой метод контрацепции
	срочно сделать инъекцию Депо-Провера

295. «Выберите из ниже перечисленных рекомендацию, относящуюся к приему чисто прогестиновых таблеток (мини-пили):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	таблетки принимаются ежедневно без интервалов между упаковками
	между упаковками таблеток есть 7-дневный перерыв
	прием таблеток ежедневный в любое время дня (не обязательно в одно и то же время каждый день)
	пропуск таблетки не требует никаких действий
	при появлении межменструальных кровянистых выделений нужно немедленно прекратить прием мини-пили

296. «Наиболее типичный побочный эффект чисто прогестиновых контрацептивов (ЧПК) – это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нарушение функции печени
	сильные головные боли (мигрень)
	повышенное артериальное давление
	нарушение сна
	изменения в характере менструального цикла

297. «Какое утверждение из перечисленных ниже соответствует сроку, когда НЕ рекомендуется делать первую инъекцию Депо-Проверы:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	в первые 7 дней менструального цикла
	сразу или в течение 7 дней после аборта
	в первые 6 недель после родов, если кормит грудью, но не использует метод лактационной аменореи (МЛА)
	все перечисленное неверно все перечисленное верно

298. «К какому типу ВМС относятся Copper T 380A, Nova T, Multiload :»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	инертные
	медьсодержащие
	прогестинсодержащие
	содержащие золото
	содержащие платину

299. «Когда женщине можно ввести ВМС?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с 1-го по 5-й день менструального цикла
	только по окончании менструации
	спустя 48 часов, но не позднее 4-6 недель после родов
	сразу после аборта, вне зависимости от того, имеются или нет признаки инфекции органов малого таза
	только в середине менструального цикла

300. «Женщине 30 лет без гинекологической и соматической патологии 1 год назад была введена ВМС Соррег Т 380А. На фоне ВМС менструации стали обильными и иногда болезненными. Неоднократно обращалась к врачу. С целью купирования побочных эффектов использовались спазмоанальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, гемостатические препараты – без эффекта. От удаления ВМС пациентка отказывалась. Хочет использовать именно внутриматочный метод контрацепции. Какими должны быть действия врача в данной ситуации?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	все-таки убедить пациентку удалить ВМС Соррег Т 380А и помочь выбрать другой метод контрацепции (например, КОК)
	рекомендовать повторную консультацию через 3 месяца
	исключить другие состояния, которые могут быть причиной изменения характера менструального цикла; если не выявлено дополнительных ограничений, предложить женщине сменить Соррег Т 380А на прогестинсодержащую ВМС (так как пациентка настаивает на внутриматочной контрацепции)
	на фоне нахождения ВМС начать принимать КОК
	на фоне нахождения ВМС начать принимать мини-пили

301. «Существует несколько способов проведения добровольной хирургической стерилизации, включая:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	вазэктомия и гистерэктомия
	лапароскопию (трубную окклюзию) и гистерэктомия
	вазэктомия и гистерэктомия
	вазэктомия и лапароскопию (трубную окклюзию)
	удаление придатков матки и вазэктомия

302. «Укажите недостаток, который отличает барьерные методы контрацепции от внутриматочной контрацепции?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	средняя эффективность
	защита от инфекционных заболеваний, передающихся половым путем
	для начала использования необходим подготовленный медработник
	нет непосредственной связи с половым актом
	влияние на грудное вскармливание

303. «Кормление грудью НЕ будет эффективным методом контрацепции, если:»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	ребенок спит всю ночь без кормления
	мать не дает ребенку никакой пищи или жидкости, кроме грудного молока
	у матери не возобновились менструации
	ребенку еще нет 6-ти месяцев
	нет правильных ответов

304. «Женщина 32 лет, курит изредка, через 3 недели после родов, произошедших впервые, обратилась к врачу с просьбой проконсультировать ее насчет контрацепции. Ребенка кормит исключительно грудью. Хочет продолжать кормить грудью, пока не закончится лактация. Два дня назад закончились первые после родов менструации, которые продолжались 4 дня и были обычного характера (сейчас 7-й день менструального цикла). Гинекологические данные: седловидная матка. Соматический анамнез: не отягощен. Какие из перечисленных ниже методов контрацепции могут использоваться данной женщиной в настоящий момент (со дня посещения врача), если будет половой контакт?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	КОК
	чисто прогестиновые таблетки
	ВМС
	метод лактационной аменореи
	добровольная хирургическая стерилизация
	барьерные методы

305. «Женщина 23 лет обратилась к врачу через 4 дня после того, как во время полового акта порвался презерватив. Других методов контрацепции не использует. Какие методы неотложной контрацепции еще можно использовать?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	КОК
	чисто прогестиновые таблетки
	агонисты гонадотропинов
	антипрогестины
	ВМС

306. «К какому классу по системе классификации ВОЗ относится следующая характеристика метода контрацепции «Метод обычно используется. (Состояние, при котором польза от использования метода обычно перевешивает теоретический или доказанный риск)»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	I класс
	II класс
	III класс
	IV класс
	V класс

307. «Кому принадлежит право выбора метода планирования семьи для пациентки:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	врачу-консультанту
	самой пациентке
	членам ее семьи

	всем вышеперечисленным
	эксперту

308. «Проводя начальное консультирование пациента по планированию семьи, консультант:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	решает, какой метод должен использовать пациент
	консультирует только в присутствии обоих партнеров
	дает информацию обо всех существующих методах
	рассказывает только о положительных сторонах различных методов
	дает информацию только об отрицательных сторонах различных методов

309. «Кто из перечисленных ниже относится к группе самого высокого риска серьезных осложнений при использовании комбинированных оральных контрацептивов (КОК):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	сексуально активные подростки
	курящие женщины в возрасте 25-35 лет
	курящие женщины старше 35 лет
	женщины, страдающие сахарным диабетом (без сосудистых осложнений и длительностью менее 20 лет)
	женщины с миомой матки

310. «Женщина, принимающая комбинированные оральные контрацептивы (КОК), должна немедленно обратиться к врачу, если она испытывает: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	тошноту
	сонливость
	раздражительность
	снижение либидо
	боли за грудиной и/или затруднение дыхания

311. «Отметьте достоинство чисто прогестиновых контрацептивов, которые отличают их от комбинированных оральных контрацептивов (КОК):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	высокая эффективность.
	метод эффективен немедленно
	не влияют на кормление грудью
	метод обратимый.
	требуется соблюдения режима использования гормонального средства

312. «Выберите из перечисленных ниже противопоказание к использованию чисто прогестиновых таблеток:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	35 лет и старше при наличии курения
	миома матки
	первые 3 недели после родов при отсутствии кормления ребенка грудью
	доброкачественные опухоли яичников

	рак молочной железы
--	---------------------

313. «Депо-Провера – это зарегистрированное торговое название:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	норгестимата
	фарматекса
	ДМПА или депо-медроксипрогестерон ацетата
	дидрогестрона
	хлормадион ацетата

314. «К какому типу ВМС относится LNG-ВМС (“Мирена”):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	инертные
	медьсодержащие
	прогестинсодержащие
	содержащие золото
	содержащие платину

315. «Укажите среди перечисленных ниже состояние, которое НЕ является противопоказанием к введению ВМК:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	септические осложнения в родах и после родов
	необъяснимое кровотечение из половых путей
	воспалительные заболевания органов малого таза (в настоящее время)
	деформированная полость матки (субмукозные миомы, анатомические аномалии – перегородка, двурогая матка и др.)
	стеноз цервикального канала

316. «Выберите состояние, которое относится к классу I по классификации ВОЗ для **прогестинвыделяющих ВМС:**»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	предполагаемая беременность
	стеноз цервикального канала
	гиперполименорея
	воспалительные заболевания органов малого таза в настоящее время
	первые 48 часов после нормальных родов, если женщина кормит ребенка грудью

317. «Какой метод контрацепции является наиболее эффективным?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Депо-Провера
	ВМС
	КОК
	добровольная хирургическая стерилизация
	мини-пили

318. «Отметьте среди ниже перечисленных препаратов препарат, относящийся к спермицидам:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Эксютон
	Мерсилон
	Патентекс-овал
	Депо-провера
	Три-Мерси

319. «Если презерватив порвался во время полового акта (в беременности не заинтересованы), то:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	не следует волноваться насчет беременности, потому что презерватив все равно задержит большую часть спермы
	следует немедленно заменить порванный презерватив на новый
	женщине надо как можно быстрее использовать метод неотложной контрацепции
	женщина может предотвратить беременность, если она сразу же тщательно вымоет свои половые органы
	необходимо провести спринцевание влагалища раствором ромашки

320. «Какой из перечисленных ниже методов подходит для кормящей матери в первые 6 недель после родов, если имеет место половой контакт?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	методы естественного планирования семьи
	Депо-Провера
	КОК
	презервативы
	все перечисленные

321. «Женщина 32 лет, курит изредка, через 8 недель после родов, произошедших впервые, обратилась к врачу с просьбой проконсультировать ее насчет контрацепции. Ребенка кормит исключительно грудью. Хочет продолжать кормить грудью, пока не закончится лактация. После родов были одни менструации, которые продолжались 4 дня и были обычного характера (сейчас 21-й день менструального цикла). Гинекологический анамнез и данные гинекологического осмотра: без особенностей. Соматический анамнез: не отягощен. Какой из перечисленных ниже методов контрацепции могут использоваться данной женщиной (со следующего цикла)?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	КОК
	чисто прогестиновые таблетки
	метод лактационной аменореи
	влагалищное кольцо Нова-Ринг
	контрацептивный пластырь Евра

322. «Женщина 25 лет обратилась к врачу через 40 часов после того, как во время полового акта порвался презерватив. Других методов контрацепции не использует. Укажите методы неотложной контрацепции, которые можно использовать?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	только КОК
	только чисто прогестиновые таблетки
	только антипрогестины

	только ВМС
	все перечисленные методы

323. «К какому классу по системе классификации ВОЗ относится следующая характеристика метода контрацепции «Использование метода обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлимы. (Состояние, при котором теоретический или доказанный риск обычно перевешивает пользу от использования метода)»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	I класс
	II класс
	III класс
	IV класс
	V класс

324. «Что из перечисленного ниже НЕ должен делать консультант, когда женщина пришла в клинику на повторный прием после начала использования ею какого-либо метода контрацепции?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	рассказать ей обо всех существующих методах контрацепции
	узнать, удовлетворена ли пациентка своим выбором
	спросить, есть ли у нее какие-либо проблемы
	убедиться, что пациентка правильно использует метод
	расспросить о наличии побочных эффектов

325. «По суточной дозе этинилэстрадиола комбинированные гормональные контрацептивы принципиально подразделяются на:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	среднедозированные, низкодозированные
	высокодозированные, низкодозированные
	суточная доза этинилэстрадиола не отличается в комбинированных гормональных контрацептивах
	высокодозированные, среднедозированные, низкодозированные
	высокодозированные, ультрамикродозированные

326. «Выберите из перечисленных ниже противопоказание к использованию комбинированных оральных контрацептивов (КОК):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	субклинический гипотиреоз
	миома матки
	фиброзно-кистозная болезнь молочных желез
	первые 6 недель после родов при кормлении ребенка грудью
	эндометриоз

327. «Выберите из перечисленных ниже возможные побочные эффекты при использовании комбинированных оральных контрацептивов (КОК):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	тошнота

	усиление болей во время менструации
	усиление овуляторных болей
	изменение цвета волос
	гипертермия

328. «Укажите правильно указанный срок начала использования чисто прогестиновых таблеток («мини-пилей»):»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с 1-го дня менструального цикла
	с 1-го по 5-ый дни менструального цикла
	с 1-го по 7-й день менструального цикла дня после аборта
	с 3-го по 5-ый дни менструального цикла
	с любого дня менструального цикла

329. «Какое состояние является противопоказанием к использованию чисто прогестиновых таблеток:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	миома матки
	варикозное расширение вен
	рак молочной железы
	перенесенный вирусный гепатит (функция печени в пределах нормы, после заболевания прошло более 3-х месяцев)
	гипертиреоз, гипотиреоз

330. «Если женщина забыла принять две чисто прогестиновые таблетки, и произошло половое сношение (в беременности не заинтересована), ей следует:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	прекратить на время принимать таблетки и возобновить прием, когда у нее начнется менструация
	выбросить пропущенные таблетки и продолжить прием как обычно
	принимать по 2 таблетки в день до тех пор, пока она не войдет в прежний график приема, и использовать страховочный метод 7 дней
	показано применение посткоитальных средств контрацепции, прием мини-пилей должен быть сразу продолжен
	необходимо срочно отменить таблетки

331. «Выберите из ниже перечисленных характеристику, отличающую Депо-Провера от «мини-пилей»:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	содержит только прогестаген
	возможно изменение менструального цикла
	возможна задержка в возврате фертильности до полугода, иногда до года, после окончания использования препарата
	не имеет эстроген-зависимых эффектов
	не влияет на кормление грудью

332. «Выберите из компонентов механизма контрацептивного действия внутриматочных контрацептивов тот, который присущ прогестинвыделяющей ВМС и не характерен для других типов

ВМС:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	вливают на способность спермы проходить через полость матки (уменьшают активность и выживаемость сперматозоидов)
	вызывают полиморфноядерную лейкоцитарную инфильтрацию эндометрия в ответ на инородное тело («асептическое воспаление»)
	для всех внутриматочных контрацептивов характерны одинаковые компоненты механизма действия
	вызывают усиление перистальтики маточных труб
	изменяют выстилающий эндометрий (угнетают пролиферативные процессы в эндометрии)

333. «Если женщина, у которой стоит ВМС, не может нащупать "усиков" спирали после менструации, ей следует:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	не волноваться, потому что иногда они поднимаются в полость матки, что вероятно, и произошло
	дождаться следующей менструации и по ее окончании проверить их опять, а до тех пор ничего не предпринимать
	проверять их каждый день до тех пор, пока они опять не появятся
	сразу показаться врачу, поскольку незаметно для женщины могла произойти экспульсия ВМС, и женщина может забеременеть
	прекратить половые контакты, пока снова не нащупает "усики" ВМС

334. «Что из перечисленного ниже является самым важным моментом, на который следует обратить особое внимание при консультировании по добровольной хирургической стерилизации (ДХС)?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	только женщины, имеющие 3 детей и более, могут быть стерилизованы
	это несложная хирургическая операция, не требующая длительной госпитализации
	это постоянный (необратимый) метод контрацепции
	до проведения процедуры необходимо согласие супруга
	метод долговременный

335. «Укажите преимущество, которое отличает барьерные методы контрацепции от КОК:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	средняя эффективность
	отсутствие системных эффектов
	уменьшение менструальной кровопотери
	уменьшение болевого синдрома при менструации
	отсутствие необходимости пополнения контрацептивных средств

336. «Одним из недостатков спермицидов является:»

Поле для выбора	Варианты ответов
-----------------	------------------

ответа	
	средняя эффективность
	набухание молочных желез
	влияние на грудное вскармливание
	необходимость тазового осмотра до начала использования
	тошнота

337. «Женщина 38 лет, курит, через 6 недель после родов, произошедших впервые, обратилась к врачу с просьбой проконсультировать ее насчет контрацепции. Ребенка кормит грудью. Хочет продолжать кормить грудью, пока не закончится лактация. Гинекологический анамнез не отягощен. Соматический анамнез: гипертоническая болезнь (АД 150-160/90 мм.рт.ст., нередко бывают повышения АД до 190/100 мм.рт.ст.). Какой из перечисленных ниже методов контрацепции данной женщине противопоказан?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	КОК
	чисто прогестиновые таблетки
	ВМС, в том числе прогестинвыделяющие
	добровольная хирургическая стерилизация
	барьерные методы и спермициды

338. «Женщина 28 лет, не курит, через 5 месяцев после вторых родов (оба ребенка здоровы), обратилась к врачу с просьбой проконсультировать ее насчет контрацепции. Ребенка грудью не кормит. Менструальный цикл восстановился через 3 месяца после родов, менструации регулярные, обычного характера. Гинекологический анамнез и данные гинекологического осмотра: без особенностей. Соматический анамнез: страдает сахарным диабетом I типа с 15 лет, неосложненным. Укажите методы контрацепции, которые могут использоваться данной женщиной?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	только КОК
	только чисто прогестиновые таблетки
	только ВМС
	только барьерные методы
	все перечисленные методы

339. «Женщина 24 лет обратилась к врачу через 60 часов после того, как во время полового акта порвался презерватив. В беременности не заинтересована. Других методов контрацепции не использует. Укажите методы неотложной контрацепции, которые можно использовать в настоящий момент?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	КОК
	чисто прогестиновые таблетки
	ВМС
	антипрогестины
	сроки для использования экстренной контрацепции уже прошли

340. «Эндометриоз встречается:»

Поле для	Варианты ответов
----------	------------------

выбора ответа	
	только в репродуктивном периоде
	только в перименопаузальном периоде
	в репродуктивном и перименопаузальном периодах
	в перименопаузальном и постменопаузальном периодах;
	в любом возрасте.

341. «Факторы риска развития эндометриоза:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нереализованная репродуктивная функция, первичная дисменорея, генетические факторы;
	рецидивирующие воспалительные заболевания органов малого таза;
	только осложнённые роды и аборты
	только генетические факторы
	факторы риска не установлены

342. «К общим клиническим проявлениям эндометриоза относится всё, кроме: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	хронической или рецидивирующей тазовой боли;
	постоянного субфебрилитета
	пред- и постменструальных мажущих кровянистых выделений;
	длительного и обычно прогрессирующего течения;
	цикличности проявлений заболевания;

343. «К неинвазивным специальным методам обследования при эндометриозе относится всё, кроме:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ультразвукового исследования органов малого таза;
	компьютерной томографии
	магнитно-резонансной томографии
	цистоскопии
	кольпоскопии

344. «К инвазивным методам обследования при эндометриозе относится всё, кроме:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	лапароскопии;
	урофлоуметрии;
	фиброколоноскопии;
	биопсии шейки матки
	гистероскопии.

345. «Диагностические критерии эндометриозной болезни при ультразвуковом исследовании является наличие:»

Поле для выбора	Варианты ответов
--------------------	------------------

ответа	
	яичникового образования с неоднородным гиперэхогенным
	содержимым;
	толстой капсулы
	эхопозитивных включений
	всего из перечисленного

346. «Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом можно применять:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	а) гестагены;
	б) комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
	в) агонисты гонадотропин-релизинг гормона
	г) верно а), в)
	д) верно а), б), в).

347. «ВЛИЯНИЕ АДЕНОМИОЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОВОДОГО ПЕРИОДА:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	а) повышается частота самопроизвольных аборт
	б) повышается частота преждевременных родов;
	в) не влияет;
	г) верно а) и б).
	д) повышается вероятность разрыва матки в родах

348. «Золотым стандартом диагностики аденомиоза является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	магнитно-резонансная томография
	лапароскопия
	гистероскопия;
	ультрасонография
	гистологическое исследование препарата

349. «Стандарты лечения больных эндометриозами включают:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	хирургическое лечение лапаротомным доступом (резекция, марсупиализация, аднекэктомия) с последующей противорецидивной терапией
	хирургическое лечение лапароскопическим доступом (резекция, марсупиализация, коагуляция очагов и т.д.) с последующей противорецидивной терапией
	только циклическая гормональная терапия
	только медикаментозная симптоматическая терапия (антипрогестины)

350. «Стандарты лечения больных с аденомиозом включают:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	тотальная гистерэктомия;
	Миометрэктомия
	Гормонотерапия
	Антипростагландины
	всё вышеперечисленное

351. «Варианты хирургического лечения при ретроцервикальном эндометриозе могут включать:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	иссечение очагов эндометриоза
	аднексэктомия
	гистерэктомия;
	резекцию кишечника
	всё перечисленное

352. «В лечении эндометриоза рубца используют:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	а) гормонотерапию;
	б) симптоматическую терапию;
	в) ножевое иссечение кожного рубца;
	г) иссечение рубца с использованием CO ₂ лазера;
	д) верно а), в) и г)

353. «Гормонотерапия при эндометриозе включает назначение:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	комбинированных эстроген-гестагенных препаратов;
	прогестагенов
	агонистов гонадотропин-рилизинг гормона
	антигестагенов
	всего вышеперечисленного

354. «Экстренное оперативное лечение при наружном генитальном эндометриозе показано:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	при установленном диагнозе эндометриомы у женщин репродуктивного возраста;
	при размерах эндометриомы более 10 см
	появлении клиники острого живота
	в случае нарушения питания эндометриомы, перитонита, кишечной непроходимости
	во всех случаях

355. «Гормон роста влияет на рост:»

Поле для	
----------	--

выбора ответа	Варианты ответов
	скелета,
	ребер
	головы,
	половых желез,
	вторичных признаков пола.

356. «Эстрогены у девушек регулируют:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	рост и созревание костей, рост молочных желез и матки;
	только развитие гениталий
	степень лобкового и подмышечного оволосения,
	только рост тела в длину,
	все перечисленное.

357. «В пубертатном периоде, как правило, развитие скелета и мышц:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	идут параллельно,
	темпы роста скелета выше, чем мышечной ткани
	наоборот,
	ускорены
	замедлены.

358. «Пубертатный скачок роста происходит в возрасте:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	8–9 лет,
	10–13 лет
	14–15 лет
	15–16 лет
	7–8 лет.

359. «У девушек андрогены надпочечников регулируют:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	половое развитие,
	созревание костей
	только рост тела в длину,
	только рост массы тела
	увеличение длины и массы тела и оволосение

360. «Когда в основном прекращается рост индивидуума?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	в период новорожденности,
	в конце периода детства

	в конце пубертатного периода
	в периоде зрелости
	в пожилом возрасте

361. «В период полового созревания длина тела увеличивается за счет роста:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	туловища, конечностей
	мышечной и жировой массы
	только мышечной массы
	только жировой массы
	мышечной массы и конечностей

362. «Какой из гонадотропных гормонов гипофиза стимулирует выработку гестагенов яичниками?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	АКТГ,
	тиреотропин,
	пролактин,
	лютропин,
	фоллитропин.

363. «Наиболее интенсивное относительное увеличение массы тела происходит:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	во внутриутробном периоде, за первый год жизни
	в детстве
	в пубертатный период
	в зрелом возрасте

364. «Назовите гонадотропный гормон гипофиза, стимулирующий рост сперматогенного эпителия тестикул:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	АКТГ,
	тиреотропин,
	пролактин,
	лютропин
	фоллитропин.

365. «О половой зрелости девушки свидетельствует:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	завершение развития вторичных половых признаков
	завершение скелетного роста
	гормональная насыщенность
	наступление регулярных менструаций.

366. «В препубертатном периоде надпочечники усиленно вырабатывают:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	глюкокортикоиды
	минералокортикоиды,
	преимущественно андрогены
	преимущественно глюко- и минералокортикоиды,
	все виды гормонов в равной мере.

367. «Увеличенная продукция каких гормонов ведет к избыточной массе тела и розовым стриям?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	тиреоидных,
	половых
	паратгормона
	глюкокортикоидных
	инсулина.

368. «Фолликулит на задней и передней поверхности плеч является признаком:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гиперэстрогении,
	гиперандрогении,
	избыточного выброса катехоламинов
	гиперкортизолемии,
	гиперальдостеронизма

369. «Укажите возраст появления эротического влечения девушек в норме:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	5-6 лет,
	8-10 лет,
	начало формирования вторичных половых признаков
	завершение полового созревания
	менархе.

370. «Укажите возраст появления сексуального влечения девушек в норме:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	12-14 лет,
	14-16 лет
	физиологическая зрелость
	завершение полового созревания,
	менархе.

371. «Типичный вариант нарушений менструальной функции при подавленном психосексуальном развитии:»

Поле для	
----------	--

выбора ответа	Варианты ответов
	ювенильное маточное кровотечение,
	дисменорея,
	аменорея,
	опсоменорея,
	альгодисменорея.

372. «Стадиями этапа психосексуальной ориентации подростков являются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	формирование полового самосознания, половая идентификация;
	формирование платонического либидо, половая идентификация;
	формирование платонического, эротического и сексуального влечения;
	формирование платонического и сексуального либидо, половая идентификация;
	формирование платонического и сексуального либидо, полового самосознания.

373. «Основной задачей психосексуального развития подростка на стадии платонического влечения является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	научиться влюбляться,
	научиться обращать на себя внимание
	осознать принадлежность к определенному полу,
	поиск полового партнера,
	научиться сдерживать сексуальное влечение

374. «Предпосылками к ложному подавлению (вытесняемой) сексуальности являются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ускоренное половое развитие, высокие моральные принципы;
	ускоренное половое развитие, легко достигаемая сублимация;
	замедленное половое развитие, легко достигаемая сублимация;
	замедленное половое развитие, высокие моральные принципы;
	преждевременное половое развитие, легко достигаемая сублимация;

375. «Укажите возраст появления платонического влечения в норме:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	5-6 лет,
	8-10 лет
	10 лет
	начало формирования вторичных половых признаков,
	начало ростового скачка

376. «Укажите основные причины задержки менархе в подростковом возрасте:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	выраженный дефицит массы тела
	заболевания крови
	заболевания желчевыводящих путей
	соматоформная дисфункция
	вегето-сосудистая дистония

377. «Какие из указанных заболеваний являются фоновыми у пациенток с ювенильными маточными кровотечениями?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	врожденный порок сердца
	хронический гастродуоденит
	хронический тонзиллит
	аутоиммунный тиреоидит
	вегето-сосудистая дистония

378. «Укажите наиболее значимую причину репродуктивных потерь в старшем подростковом возрасте:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	хроническая соматическая патология
	вегето-сосудистая дистония
	расстройства питания
	рискованное поведение
	психо-эмоциональное перенапряжение

379. «Назовите основные формы проявления токсикоза первой половины беременности у юных:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	рвота
	сонливость, заторможенность
	хорея
	слюнотечение
	дерматоз

380. «УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ МИАСТЕНИИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Судорожный синдром
	Спастические параличи
	Патологическая утомляемость мышц, приводящая к развитию парезов и параличей
	Астенический синдром
	Нарушение зрения

381. «УКАЖИТЕ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ, ЯВЛЯЮЩУЮСЯ

ОСНОВОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ МИАСТЕНИИ
У БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Антихолинэстеразные препараты
	Антиконвульсанты
	Антиагреганты
	НПВС
	Блокаторы кальциевых каналов

382. « УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ
РАЗВИТИЕ МИАСТЕНИЧЕСКОГО КРИЗА:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Учащенное мочеиспускание
	Брадикардия
	Усиление саливации
	Паралич дыхательной мускулатуры
	Рвота

383. «УКАЖИТЕ ГРУППУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ИСПОЛЬЗУЕМУЮ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У
БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Глюкокортикоидные препараты
	НПВС
	Антиконвульсанты
	Спазмолитики
	Цитостатики

384. «УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРОЕ ЧАЩЕ
ДРУГИХ ОТМЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Невынашивание беременности
	Ранний токсикоз
	Гестоз
	Формирование пороков развития у плода
	Внутриутробное инфицирование

385. « УКАЖИТЕ ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПОДХОДОВ К
НАЗНАЧЕНИЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ
ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предпочтение отдаётся политерапии антиконвульсантами
	С наступлением беременности дозу антиконвульсанта всегда увеличивают

	В сроке 26-28 недель беременности дозу антиконвульсанта всегда снижают
	Предпочтение отдаётся монотерапии антиконвульсантами
	Перед родами дозу антиконвульсанта всегда снижают

386. «УКАЖИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТУННЕЛЬНОЙ НЕВРОПАТИИ: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Инфекционное поражение нервных стволов конечностей
	Поражение нервных стволов конечностей, связанное с травматическим спондилогенным фактором
	Токсическое поражение нервных стволов конечностей
	Заблевание нервных стволов, обусловленное сужением костно-мышечных и мышечно-фасциальных каналов, в которых они проходят, вследствие тканевого отека
	Атрофия нервных стволов конечностей

387. « ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ, ПРООПЕРИРОВАННОЙ НЕЙРОХИРУРГАМИ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 24 НЕДЕЛИ ПО ПОВОДУ АСТРОЦИТОМЫ (ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА), И ОТКАЗАВШЕЙСЯ ОТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Кесарево сечение в сроке беременности 30 недель с проведением лучевой терапии после завершения послеродового периода
	Кесарево сечение в сроке беременности 32 недели с проведением лучевой терапии после завершения послеродового периода
	Кесарево сечение в сроке беременности 34 недели с проведением лучевой терапии после завершения послеродового периода
	Кесарево сечение в сроке беременности 36 недель с проведением лучевой терапии после завершения послеродового периода
	Кесарево сечение в сроке беременности 38 недель с гистерэктомией и проведением лучевой терапии после выписки из родильного дома

388. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ НЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Магнитно-резонансная томография
	ЭЭГ
	Эхоэнцефалография
	Исследование глазного дна, полей зрения
	Электронеуромиография

389. «УКАЖИТЕ СЕРЬЁЗНОЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ, ОТМЕЧАЕМОЕ У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ПРИЕМА

АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Врожденные пороки развития плода
	Тремор
	Диплопия
	Атаксия
	Дизартрия

390. « УКАЖИТЕ, КАКАЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Уменьшение вертикального размера и окружности грудной клетки
	Увеличение резервного объема выдоха
	Уменьшение минутной и альвеолярной вентиляции легких
	Уменьшение показателя дыхательного объема
	Гипервентиляция с развитием слабого дыхательного алкалоза

391. « УКАЖИТЕ, ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Инфекционные заболевания в период беременности у матери
	Грудное вскармливание новорожденного
	Контакт беременной с аллергенами
	Курение женщины в период беременности
	Применение в качестве родостимуляции окситоцина

392. «УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, МОЖЕТ ОБЛЕГЧИТЬ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Гастроэзофагеальный рефлюкс
	Повышение проницаемости легочных капилляров
	Резистентность легких к эффектам кортизола за счет конкурирующего связывания с глюкокортикоидными рецепторами прогестерона, альдостерона и др. гормонов
	Бронходилатация, обусловленная прогестероном
	Повышение плацентарной концентрации главного щелочного протеина, поступающего в легкие

393. «УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ, МОЖЕТ УХУДШИТЬ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	Бронхоспазм, опосредованный простагландинами F _{2α}
	Легочные эффекты свободного кортизола
	Увеличение периода полураспада или уменьшение связывания белка эндогенных или экзогенных бронходилататоров
	Опосредованное глюкокортикоидами повышение β ₂ -адренергической реактивности
	Бронходилатация, индуцируемая натрий уретическим фактором

394. «УКАЖИТЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Пикфлоуметрия
	Спирометрические исследования: объем форсированного выдоха и пробу с бронходилататором
	Аллергологические тесты
	Цитологический анализ мокроты и носового секрета (эозинофилия)
	Бактериологический анализ мокроты и носового секрета

395. «УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ЧАЩЕ ДРУГИХ РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Преждевременные роды
	Синдром задержки внутриутробного развития плода
	Гипоксия и асфиксия плода в родах
	Гестоз
	Невынашивание беременности в ранних сроках

396. «УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ С ЦЕЛЬЮ РЕГУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ У РОЖЕНИЦ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Окситоцин
	Препараты спорыньи
	Простагландины F _{2α}
	Простагландины E ₂
	Нестероидные противовоспалительные средства (индометацин)

397. «УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ β₂-АГОНИСТОВ, ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ В ПО КЛАССИФИКАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (FDA):»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	Сальбутамол
	Сальметерол
	Тербуталин
	Формотерол
	Пирбутерол

398. «УКАЖИТЕ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Необходимо срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
	Необходимо срочное родоразрешение, роды следует вести через естественные родовые пути
	Необходимо отсрочить момент родоразрешения, по возможности до полного выздоровления беременной, роды следует вести через естественные родовые пути
	Необходимо отсрочить момент родоразрешения, по возможности до полного выздоровления беременной, родоразрешать путем операции кесарева сечения даже при отсутствии акушерских показаний
	При отсутствии возможности отсрочить роды – родоразрешать

399. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОРВИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Формирование пороков развития у плода
	Угроза прерывания беременности
	Внутриутробное инфицирование плода
	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
	Плацентарная недостаточность с формированием задержки внутриутробного развития плода

400. «УКАЖИТЕ, КАКАЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Увеличение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, уменьшение гастро-эзофагеального рефлюкса
	Увеличение сократительной способности желчного пузыря
	Снижение литогенности желчи
	Повышение моторной активности тонкого кишечника
	Гиперхолестеринемия, активное формирование билиарных сладжей

401. «УКАЖИТЕ, ДЛЯ КАКОГО ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ИЗЖОГИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Холецистит
	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	Хронический запор
	Холестатический гепатоз
	Острый жировой гепатоз

402. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧАЩЕ ДРУГИХ РАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ, ИМЕЮЩИХ ГРЫЖУ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Рефлюкс-эзофагит
	Пептическая стриктура пищевода
	Пептическая язва пищевода
	Пищеводное кровотечение
	Варикозное расширение вен пищевода

403. «УКАЖИТЕ, КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Невсасывающиеся антациды
	Альгинатные препараты
	Ингибиторы протонной помпы
	Холеретики
	Спазмолитики

404. «УКАЖИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПРЕДЖЕЛТУШНОЙ СТАДИИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Петехиальная сыпь
	Артралгии
	Боли в животе
	Кожный зуд
	Изжога

405. «УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ЗАНИМАЮЩЕЕ ПЕРВОЕ МЕСТО КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛТУХИ У БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Вирусный гепатит
	Острый жировой гепатоз беременных

	Сепсис
	Гемолитическая анемия
	Холестатический гепатоз беременных

406. «УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ МАРКЕР ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Диспротеинемия
	Гиперхолестеринемия
	Повышение в сыворотке крови концентрации желчных кислот
	Значительное повышение активности аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ)
	Гипопротеинемия (общий белок < 60 г/л)

407. «УКАЖИТЕ, КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Дуоденальное зондирование
	Посев желчи
	Микроскопическое исследование осадка желчи
	Эндоскопия
	УЗИ

408. «УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕМОЕ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Ранний токсикоз
	Перенашивание беременности
	Выкидыши в ранних сроках беременности
	Гестоз
	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

409. «УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ МЕНЕЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У БЕРЕМЕННЫХ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Ухудшение аппетита
	Отрыжка воздухом
	Тошнота
	Плохой запах изо рта (кокосмия)
	Болевой синдром

410. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ТАЗОВЫМ КОНЦОМ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предлежат одни ягодицы без ножек
	Предлежат ягодицы и ступни ножек
	Предлежат обе ножки без ягодиц
	Предлежит ручка с лопаткой
	Предлежит одна ножка

411. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕПОЛНЫМ РАЗГИБАТЕЛЬНЫМ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	В просвет малого таза согнутые ножки обращены коленками
	Предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах
	Предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах
	Предлежат одни ягодицы без ножек
	Предлежат ягодицы и ступни ножек

412. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНЫМ РАЗГИБАТЕЛЬНЫМ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах
	Предлежат ягодицы и ступни ножек
	Предлежат одни ягодицы без ножек
	Предлежат коленки плода
	Предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах

413. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНЫМ СГИБАТЕЛЬНЫМ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Предлежат одни ягодицы без ножек
	Предлежат ягодицы и ступни ножек
	Предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах
	Предлежат коленки плода
	Предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах

414. «УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДАННЫХ НАРУЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	Высокое стояние дна матки
	Наиболее отчетливо сердцебиение плода выслушивается выше пупка
	Над входом в малый таз – крупная плотная предлежащая часть, баллотирует
	Шевеления плода ощущаются в основном в нижних отделах живота
	В дне – округлая плотная баллотирующая часть плода, смещенная от средней линии влево или вправо

415. «УКАЖИТЕ, ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРУЖНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА НА ГОЛОВКУ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Доношенная беременность
	Рубец на матке
	Маловодие
	Многоводие
	Узкий таз

416. «УКАЖИТЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИМНАСТИКИ, КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Живой плод
	Хорошая подвижность плода
	Многоплодная беременность
	Податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки
	Нормальный тонус матки

417. «УКАЖИТЕ, ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Узкий таз
	III степень разгибания головки
	Сгибание головки
	Двойня и тазовое предлежание первого плода
	Небольшие размеры плода (2 000 г)

418. «УКАЖИТЕ, ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛОДА В СГИБАТЕЛЬНОМ ТИПЕ НЕПОЛНОГО ЯГОДИЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ В ПЕРВОЙ ПОЗИЦИИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	На левой ягодице

	На левой ножке
	На правой ножке
	На правой ножке и правой ягодице
	На правой ягодице

419. «УКАЖИТЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ МОМЕНТОМ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Боковое сгибание поясничной части позвоночника плода и поступательное движение плода
	Внутренний поворот плечиков: плечики встают в прямой размер выхода
	Внутренний поворот головки: головка вступает малым косым размером в косоый размер входа в таз
	Боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника
	Внутренний поворот ягодиц при переходе ягодиц из широкой части м. таза в узкую: поперечный размер ягодиц встает в прямом размере выхода

420. «В соответствии с Приказом № 50 Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2007г. критериями оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности, определяющими размер средств для оплаты труда медицинского персонала, являются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	частота антенатальной гибели плода
	частота врожденных аномалий развития, выявленных до срока 20 недель
	частота анемии беременных
	недиагностированная многоплодная беременность
	частота неразвивающихся беременностей

421. «Частота операции кесарева сечения в Российской Федерации в 2009-2010гг. составляла:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	12%
	31%
	22%
	42%
	8%

422. «Показатель перинатальной смертности рассчитывается:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	на 100 родившихся живыми
	на 100 родившихся живыми и мертвыми

	на 1 000 родившихся живыми и мертвыми
	на 10 000 родившихся живыми
	на 100 000 родившихся живыми и мертвыми

423. «Типы лечебных учреждений родовспоможения в Российской Федерации:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Перинатальный центр, родильный дом, акушерское отделение больницы
	ФАП, родильный дом, акушерское отделение больницы
	Акушерское отделение больницы, перинатальный центр
	Колхозный родильный дом, акушерское отделение больницы
	Колхозный родильный дом, ФАП

424. «Медицинская стерилизация по желанию производится при:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	возрасте гражданина свыше 40 лет
	возрасте гражданина до 40 лет и имеющего не менее 2 детей
	возрасте гражданина старше 35 лет или имеющего не менее 2 детей
	независимо от возраста и наличия детей
	у гражданина, имеющего не менее 1 ребенка независимо от возраста

425. «Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	до 7 календарных дней включительно
	до 10 календарных дней включительно
	до 30 календарных дней включительно
	до 15 календарных дней включительно
	до 5 календарных дней включительно

426. «Врачебная комиссия медицинской организации продлевает листок нетрудоспособности на срок не более чем на:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	на 10 календарных дней одновременно
	на 30 календарных дней одновременно
	на 15 календарных дней одновременно
	на 45 календарных дней одновременно
	на 90 календарных дней одновременно

427. «С 2012 года преждевременными родами будут считаться роды с:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	28 недель
	26 недель
	24 недель
	22 недель

	20 недель
--	-----------

428. «Высшая квалификационная категория присваивается врачам при стаже работы по специальности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	5 лет
	7 лет
	9 лет
	12 лет
	15 лет

429. «Перинатальные семейно-ориентированные технологии включают в себя:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	приоритет грудного вскармливания
	партнерские роды
	совместное пребывание матери и ребенка
	раннее прикладывание к груди
	все вышеуказанное

430. «Какова толщина нормального эндометрия на 19–23й день менструального цикла при 28-30 дневном менструальном цикле? »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	не менее 1,5 см, но не более 1,7 см
	1,0–2,0 см
	только 1, 2 см
	только 1,6 см
	только 1,7 см

431. «Сроки беременности, когда начинает регистрироваться сердцебиение плода:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	3-4 недель
	7 недель
	5-6 недель
	6-7 недель
	4-5 недель

432. «Феномен физиологической гемоделиции при беременности проявляется при лабораторных исследованиях: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	повышением гематокрита, повышением гемоглобина в единице объема крови

	понижением гематокрита, понижением гемоглобина в единице объема крови
	гемоглобин и гематокрит при беременности не изменяются
	повышением гематокрита и повышением гемоглобина в целом
	понижением гематокрита, повышением гемоглобина в единице объема крови

433. «В чем проявляется нарушение пассажа мочи при физиологической беременности: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	в учащении мочеиспускания
	в увеличении остаточной мочи, возникновении пузырно- мочеточникового рефлюкса
	в уменьшении относительной плотности мочи
	в появлении эпителиальных цилиндров в общем анализе мочи
	в ощущении неполного опорожнения мочевого пузыря

434. «Роль кортизола в подготовительный к родам период:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	повышает активность фосфолипаз, приводит к дестабилизации лизосомных мембран
	воздействует на ферменты, повышает скорость восстановительно-окислительных реакций
	увеличивает проницаемость клеточных мембран для ионов
	способствует созреванию легочной ткани плода за счет созревания сурфактантной системы
	угнетают экспрессию α -адренорецепторов в миометрии

435. «Какое утверждение не может быть отнесено к физиологическим родам:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	тазовое предлежание плода в родах
	срок беременности к моменту начала родов составляет 37-41/42 недели
	родовая деятельность начинается спонтанно
	головное предлежание плода в родах
	после родов оценка новорождённого по шкале Апгар на 1 и 5 минуте не менее 7 баллов

436. «Ведение физиологических родов в первом периоде не предполагает:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ведение партограммы
	непрерывную индивидуальную поддержку во время родов
	введение утеротонических препаратов с целью родостимуляции
	погружение роженицы в воду с целью достижения обезболивающего эффекта
	активное поведение роженицы (изменение позы) с целью

достижения обезболивающего эффекта

437. «На темп инволюции матки в послеродовом периоде не влияет:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	наличие у роженицы миомы матки
	наличие у роженицы бронхиальной астмы
	паритет родов
	раннее начало грудного вскармливания
	многоплодная беременность

438. «Через какой временной промежуток после родов прекращается выделение lochia serosa:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	через 24 часа после родов
	через 2-3 дня после родов
	через 6-7 дней после родов
	через 2-3 недели после родов
	через 5-6 недель после родов

439. «Основное место локализации резус-фактора. »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	в клетках печени (гепатоцитах)
	в эритроцитах
	в клетках почек
	в клетках селезенки
	в плаценте и околоплодных водах

440. «Какой титр анти-Д-Rh-антител при беременности считается высоким?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	1:2
	1:4
	1:8
	1:16
	любой титр антител крайне неблагоприятен

441. «Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание беременности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	только до 12 недель
	до доношенного срока
	только до 22 недель
	с 22-х до 28 недель
	только до 16 недель

442. «В иммунологических реакциях материнского организма на антигены

плодного яйца прогестерон-индуцированный блокирующий фактор:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	усиливает выработку симметричных антител
	модулирует преобладание Th-2 ответа
	модулирует преобладание Th-1 ответа
	способствует повышению выработки провоспалительных цитокинов
	способствует повышению активности натуральных киллеров

443. «Варианты истмико-цервикальной недостаточности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	симметричная, несимметричная
	органическая, функциональная
	левосторонняя, правосторонняя
	преходящая, персистирующая
	послеродовая, врожденная

444. «Один из побочных эффектов β -адреномиметиков:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	тахикардия
	повышение массы тела
	угревая сыпь
	усиление влагалищного отделяемого
	потливость

445. «Обычные сроки наложения профилактического шва на шейку матки при органической истмико-цервикальной недостаточности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	22-24 недели беременности
	8-10 недель беременности
	27-28 недель беременности
	20-22 недель беременности
	14-16 недель беременности

446. «Оценка биофизического профиля плода осуществляется:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	с 14 недель беременности
	с 20 недель беременности
	с 28 недель беременности
	с 32 недель беременности
	с 36 недель беременности

447. «При гипертонической дисфункции матки в родах характерны сокращения:»

Поле для выбора	Варианты ответов
-----------------	------------------

ответа	
	схватки, не имеющие тенденции к нарастанию
	полный или частичный спазм мускулатуры в области внутреннего зева или нижнего сегмента
	нормальные схватки, сменяющиеся слабыми
	очень медленное нарастание интенсивности схваток
	нескоординированные схватки, сменяющиеся их остановкой

448. «Операция кесарева сечения может быть выполнена:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	под комбинированным эндотрахеальным наркозом
	в условиях эпидуральной анестезии
	под спинномозговой анестезией
	под местной инфильтрационной анестезией
	может быть использовано любое из перечисленных выше анестезиологических пособий

449. «Течение беременности при наличии рубца на матке осложняется:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	фетоплацентарной недостаточностью
	аномалиями прикрепления плаценты
	неправильным положением плода
	угрозой прерывания беременности
	все перечисленное выше верно

450. «О несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения могут свидетельствовать»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	болезненность при пальпации рубца
	деформация рубца, спаянного с подлежащими тканями
	боли в области рубца
	осложненное течение послеоперационного периода после предыдущего кесарева сечения
	все перечисленное выше

451. «Какие осложнения возможны при выполнении кесарева сечения:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ранение мочевого пузыря
	ранение сосудистого пучка
	гипотоническое кровотечение
	синдром аорто-кавальной компрессии
	все вышеперечисленное

452. «Какой раствор применяется при проведении пробы Шиллера?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов

	3% раствор уксусной кислоты
	толуидиновый синий
	раствор люголя
	5% раствор уксусной кислоты
	5% раствор перманганата калия

453. «Флора, наиболее часто вызывающая пиелонефрит при беременности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	хламидии
	кишечная палочка
	клебсиеллы
	протей
	золотистый стафилококк

454. «Гестационный пиелонефрит:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	может быть диагностирован только на основании лейкоцитурии, жалоб обычно нет
	может быть диагностирован только на основании результата посева мочи с выявлением не менее 10^5 КОЕ в мл мочи без учета клинических данных
	для постановки диагноза достаточно только данных ультразвукового исследования почек
	наряду с пиурией, бактериурией всегда проявляется общей реакцией организма
	может протекать абсолютно бессимптомно

455. «При лечении инфекций мочевыводящих путей при беременности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	необходимо ограничение жидкости до 1000 мл в день
	необходимо ограничение жидкости до 800 мл в день
	нет необходимости в ограничении жидкости
	вопрос о количестве жидкости решается в зависимости от выраженности лихорадки
	необходимо обязательное увеличение количества жидкости

456. «Противопоказанием к беременности является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гипертоническая и смешанная форма гломерулонефрита
	хронический пиелонефрит на фоне мочекаменной болезни
	наличие единственной почки (функция почки не нарушена)
	неоднократное обострение хронического пиелонефрита в анамнезе
	рецидивирующий цистит в анамнезе

457. «Для физиологически протекающей беременности характерна:»

Поле для	
----------	--

выбора ответа	Варианты ответов
	гиперкоагуляция с активацией фибринолиза
	гипокоагуляция с активацией фибринолиза
	гиперкоагуляция, фибринолиз заторможен
	гипокоагуляция, фибринолиз заторможен
	гиперкоагуляция, нормальный фибринолиз

458. «Концентрация фибриногена при физиологической беременности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	не изменяется
	увеличивается
	уменьшается
	увеличивается при обязательном развитии гиперкоагуляции
	уменьшается при обязательном развитии гипокоагуляции

459. «Железодефицитную анемию у беременных диагностируют по:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	концентрации билирубина в сыворотке крови
	по концентрации гемоглобина
	по определению числа лейкоцитов
	по определению числа ретикулоцитов
	по гемостазиограмме

460. «Начальные признаки гестоза характеризуются:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гиперкоагуляцией
	повышением активности антикоагулянтов
	повышением количества фибриногена
	гиперагрегацией тромбоцитов
	гипокоагуляцией

461. «Лечение мегалобластной анемии:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	фолиевая кислота и витамин В-12
	препараты железа
	кортикостероиды
	спленэктомия
	переливание отмытых эритроцитов

462. «Признаком воспалительного процесса является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	недостаток антикоагулянтов
	снижение активности VIII фактора

	повышение концентрации фибриногена
	снижение концентрации фибриногена
	снижение активности тромбоцитов

463. «Для женщин с СПКЯ наиболее характерна следующая особенность репродуктивной функции:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	вторичное бесплодие
	первичное бесплодие в 90% случаев
	невынашивание беременности
	легко наступающие частые беременности
	многоплодные беременности

464. «Для СПКЯ как правило характерны следующие уровни гонадотропных гормонов:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	соотношение ЛГ к ФСГ 2,5 (3) : 1
	ЛГ всегда выше нормы
	ФСГ выше нормы, ЛГ снижен
	ФСГ и ЛГ на нижней границе нормы
	ФСГ всегда ниже нормы

465. «Наиболее сильным антиандрогенным эффектом в составе КОК обладает прогестаген: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	дезогестрел
	ципротерон ацетат
	диенгест
	дропиренон
	хлормадион ацетат

466. «Менопауза - это»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	период нарушения менструальной функции
	последние менструации
	проявление нейровегетативной и психоэмоциональной симптоматики в период климактерия
	развитие остеопороза
	развитие урогенитальных расстройств

467. «Наиболее часто встречающийся симптом климактерического синдрома:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	гипергидроз
	раздражительность
	приливы
	плаксивость
	раздражительность

468. «Какой из перечисленных методов является самым эффективным при диагностике послеродового эндометрита?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	Гистероскопия
	УЗИ
	гистологическое исследование соскоба эндометрия
	МРТ
	доплерометрия

469. «Септический шок наиболее часто развивается при инфицировании:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	грамположительными бактериями
	грамотрицательными бактериями
	аэробами
	анаэробными стафилококками
	анаэробными стрептококками

470. «Одновременное вовлечение в гнойный процесс маточных труб и яичников приводит к образованию:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	сактосальпинкса
	гидросальпинкса
	пиосактосальпинкса
	гематосальпинкса
	тубоовариального абсцесса

471. «Экстренная госпитализация в стационар показана во всех случаях, кроме:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	подозрение на перекрут ножки опухоли яичника
	рождение подслизистого узла
	гнойное воспаление придатков
	подозрение на внематочную беременность
	нарушение менструального цикла

472. «Диагностический критерий Амсел характерен для:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	трихомониаза
	микотического вульвовагинита
	генитального герпеса
	неспецифического вагинита
	бактериального вагиноза

473. «Цикл развития хламидий:»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	1 месяц
	2 недели
	12 дней
	3 дня
	5 дней

474. «При гонорее влагалищные выделения имеют окраску:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	белую
	желтую
	зеленую
	с примесью крови
	не окрашены

475. «Назовите анализ не входящий в базовое обследование пациентов перед проведением лапаротомии: »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	клинический анализ крови
	аллергопробы
	биохимический анализ крови
	коагулограмма
	электрокардиограмма

476. «Какую патологию невозможно диагностировать при раздельном диагностическом выскабливании матки:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	полип эндометрия
	гидросальпинкс
	железисто-кистозная гиперплазия эндометрия
	полип цервикального канала
	рак шейки матки

477. «Какова тактика ведения пациентки при обнаружении признаков дисплазии II, III степени?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	биопсия шейки матки
	повторное цитологическое исследование мазков с области наружного зева шейки матки и из цервикального канала
	диатермоэксцизия шейки матки
	наблюдение и повторное обследование через 6 месяцев
	наблюдение и повторное обследование через 1 год

478. «Выберите из перечисленных ниже формулировку, не входящую в морфологическую классификацию трофобластических опухолей:»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	полный пузырный занос
	трофобластическая опухоль ограничена маткой, метастазов
	частичный пузырный занос
	инвазивный пузырный занос
	хорионкарцинома

479. «Какая распространенность трофобластической болезни соответствует III-ей стадии заболевания? »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	метастатическое поражение других органов (мозга, печени и др.)
	поражение распространяется за пределы матки, но все еще ограничено половыми органами (влагалище, придатки матки)
	поражение ограничено маткой, метастазов нет
	метастазирование в легкие
	поражение ограничено маточной трубой, метастазов нет

480. «Выберите критерий окончания первичного лечения трофобластической болезни:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	нормализация (исчезновение диагностических титров) ХГ в крови, отсутствие клинических (объективных и субъективных) симптомов заболевания
	постоянное снижение содержания ХГ в крови
	при ультразвуковом исследовании первичная опухоль не определяется
	после эвакуации пузырного заноса прошло 2 года
	значительное улучшение самочувствия пациентки

481. «Какой специалист, как правило, проводит наблюдение за пациенткой после эвакуации пузырного заноса?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	акушер-гинеколог
	гинеколог-онколог
	хирург-онколог
	пульмонолог-онколог
	наблюдение за пациентками после определения критериев окончания лечения не требуется

482. «Скрининг здоровых женщин с целью выявления рака молочной железы у женщин старше 40 лет проводится методом:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	ультразвуковой диагностики
	рентгеновской маммографии

	компьютерной томографии
	ядерно-магнитно-резонансной томографии
	цитологического исследования

483. «В развитии гиперпластических процессов молочной железы главную роль играют:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	эстрогены
	прогестерон
	тиреоидные гормоны
	инсулин
	кортизол

484. «Золотым стандартом» в диагностике наружного генитального эндометриоза (НГЭ) принято считать:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	повышение уровня СА-125
	УЗИ признаки НГЭ
	МРТ признаки НГЭ
	лапароскопия + гистологическое исследование
	клиническая картина тазовых болей и бимануальное обследование.

485. «Эндометриоз влагалищной части шейки матки »

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	относится к внутреннему эндометриозу
	проявляется интенсивными болями до и во время менструаций
	часто проявляется нарушением характера менструаций
	диагностируется при помощи кольпоскопии
	хорошо поддается консервативной терапии

486. «I тип глубокого эндометриоза характеризуется:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	это очаг конической формы с расположением широкой част в перитонеальной полости
	значительным нарушением анатомических соотношений в малом тазу за счет спаек
	большая часть пораженного участка располагается под брюшиной малого таза, не изменяя анатомические соотношения
	распространением процесса на крестцово- маточные связки и серозный покров кишки
	распространением процесса на стенку влагалища с образованием мелких кист

487. «Современный подход к лечению генитального эндометриоза подразумевает:»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	комбинацию хирургического лечения, гормональных методов и симптоматических средств, иммуномодулирующих препаратов, тепловых физиотерапевтических процедур
	комбинацию гормональных, иммуномодулирующих методов, симптоматических средств
	комбинацию хирургического лечения, гормональных методов, иммуномодулирующих препаратов, симптоматических средств
	комбинацию хирургического метода и симптоматических средств
	только хирургическое лечение

488. «Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера – это:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	перегородка в матке
	аплазия влагалища и матки
	удвоение матки и влагалища
	однорогая матка
	двурогая матка

489. «Наиболее прогрессивной техникой выполнения кольпопоза является:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	сигмоидальный кольпопоз
	одноэтапный брюшинный кольпопоз без лапароскопического пособия
	кольпопоз с использованием кожных лоскутов
	одноэтапный брюшинный кольпопоз с лапароскопическим пособием
	трехэтапный брюшинный кольпопоз

490. «К "симметричным" порокам развития матки не относится:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	двурогая матка
	однорогая матка
	удвоение матки
	перегородка в матке
	все перечисленные пороки развития матки – "симметричные"

491. «Основная артерия, кровоснабжающая матку:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	артерия круглой связки
	маточная артерия
	яичниковая артерия
	бедренная артерия
	нижняя подчревная артерия

492. «Маточная артерия отходит от:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	дуги аорты
	наружной подвздошной артерии
	внутренней подвздошной артерии
	почечной артерии
	бедренной артерии

493. «Эхографическим признаком рака эндометрия не является»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	неровность контура эндометрия
	неоднородность внутренней структуры эндометрия
	толщина эндометрия 1 мм
	выявление в жидкостном образовании круглой или овальной формы плотных пристеночных компонентов с бугристой поверхностью
	увеличение толщины эндометрия в менопаузе более 5 мм

494. «Какие выделяют плодные оболочки?»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	аллантаис, желточный мешок
	морула, бластоциста
	слизистая оболочка
	децидуальная оболочка, амнион, хорион
	фетальная, эмбриональная

495. «Систолическое артериальное давление при физиологической беременности:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	в течение всей беременности повышается
	в течение всей беременности снижается
	в I-ом триместре снижается, затем – обычные цифры
	в течение беременности не меняется
	в I-ом триместре – повышается, во II-ом триместре – снижается, в III-м триместре – повышается

496. «Беременность является доношенной при сроке:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	35 недель
	28 недель
	42 и более недель
	не ранее 40 недель
	37 недель

497. «Роль простагландинов в подготовительный к родам период:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	активируют окситоциназу
	ингибируют выработку катехоламинов и кининов
	стимулируют экспрессию α -адренорецепторов в миометрии
	перекрывают «быстрые кальциевые каналы», уменьшают депо кальция в саркоплазматическом ретикулуме
	снижают тонус матки, показатели внутриматочного давления, внутриамниотического давления

498. «Процесс физиологических родов не включает:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	регулярные сокращения мышц матки
	структурные изменения шейки матки
	преждевременное излитие околоплодных вод
	постепенное раскрытие маточного зева до 10 см
	растяжение нижнего сегмента

499. «Продолжительность послеродового периода составляет:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	7 суток
	12 суток
	4 недели
	6 недель
	12 недель

500. «Полная эпителизация внутренней поверхности матки после родов, включая область плацентарной площадки, происходит:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	к 10 дню после родов
	к концу 2 недели после родов
	к концу 4 недели после родов
	к концу 6 недели после родов
	к концу 12 недели после родов

501. «В lochia alba преобладают:»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов
	лейкоциты
	сгустки крови
	эритроциты
	слизь
	тромбы

502. «Наиболее часто встречающийся фактор риска, способствующий развитию резус-иммунизации во время беременности:»

Поле для	

выбора ответа	Варианты ответов
	самопроизвольные выкидыши
	медицинские аборт
	предшествующие переливания резус-положительной крови
	родоразрешение кесаревым сечением при доношенном сроке

503. «Когда необходимо вводить анти-Д-резусный иммуноглобулин при Rh-отрицательной принадлежности крови без антител:»

	только после самопроизвольных выкидышей
	только после медицинских абортов
	во всех перечисленных случаях независимо от того, какая по счету была беременность

3.1.2. Ситуационные задачи

Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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 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.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	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». 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.
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	-	Пациенту рекомендовано: 1) Ph вагинального экссудата с помощью индикаторных полосок 2) аминотест . Положительный аминотест с гидроокисью калия (KOH) состоит в появлении запаха гнилой рыбы при добавлении к капле влагалищного отделяемого капли 10% раствора KOH. Положительный тест связан с появлением летучих аминов (путресцин, кадаверин, триметиламин), которые являются продуктом жизнедеятельности облигатных анаэробов. 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.
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	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.
В	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.
Н	-	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 цервикагагинит.
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	-	Пациенту рекомендовано: 1) Микроскопическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры, окрашенного по Грамму, с целью оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микробиотоза уретры, влагалища, цервикального канала 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.
В	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.
В	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.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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 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 браке. 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.</p> <p>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	-	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. Данных 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.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	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.
В	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.
В	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.
Н	-	004
И	-	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.</p>

		<p>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 гнойвидным налетом. Выделения гнойвидные, 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	-	<p>Диагноз поставлен на основании жалоб больной на обильные гнойвидные, сливкообразные выделения из половых путей, нарушения мочеиспускания, появившиеся сразу после менструации . Данные анамнеза: в предыдущем месяце – незащищенный половой акт со случайным партнером .Данных 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 гнойвидным налетом. Выделения гнойвидные, 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 метода исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	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 Neisseria gonorrhoeae (оксидазный тест и тесты ферментации</p>

		сахаров) с определением чувствительности гонококков к антимикробным препаратам. 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. 4) 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.
В	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.
В	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.
Н	-	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>
В	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 эксцизия 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	-	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Половая жизнь с 19 лет, в браке.</p> <p>Контрацепция: не предохраняется.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Беременность II , Роды-I (без осложнений), Аборты-I (без осложнений)</p> <p>Хронические заболевания: Хронический гастрит.</p> <p>Перенесенные операции: 2010 год - лапароскопическая аппендэктомия.</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 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.</p> <p>Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный.</p> <p>Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из</p>

половых путей скудные, гноевидные.
 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
Тромбоцит	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 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: 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.			

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, уреаплазмы), 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.
B	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
B	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 подвздут, 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 визуальным 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>

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	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 поля зрения
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Гонококки	Не обнаруж	ны Не обнаружены	Не обнаружены
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	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 гипоэхогенную 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	-	<p>Диагноз Острый эндометрит. Обострение хронического двухстороннего сальпингооофорита с формированием tuboовариального образования слева на фоне ВМК. Осложнение: Пельвиоперитонит.</p> <p>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.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	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 сальпингоофорита, 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. 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.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
		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. 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.

Контрацепция: презерватив (не всегда).
 Гинекологические заболевания отрицает.
 Беременность II , Роды-I (без осложнений), Аборты-I (без осложнений)
 Хронические заболевания: отрицает.
 Перенесенные операции: отрицает.
 Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.
 Объективно:
 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.
 Гинекологический осмотр:
 В зеркалах: Слизистая влагалища гиперемирована, эпителий шейки матки покрыт визуальным неизменным эпителием. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.
 PV: 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.
 Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

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	
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. 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
		<p>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 гипоехогенной эхоструктуры (гной).</p> <p>6. Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p>			
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 сальпингоофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит.</p> <p>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</p>			

		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 гипоехогенной эхоструктуры (гной).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	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 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.
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	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
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	1. Антибактериальная терапия (цефтиаксон, цефотаксим) 2. Противопротазойные 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.
Н	-	009
И	-	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 визуально 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-скупная	Палочки-скупная	Палочки-скупная
Слизь	скупная	умеренная	скупная
Лейкоциты	50-100 в поле	10-20	Покрывают

			зрения		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
		<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.			
Р2	-	Диагноз поставлен верно.			
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.			
Р0	-	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.
B	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.
B	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	-	<p>Пациентке показано проведение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антибактериальной терапии с использованием антибактериальных препаратов широкого спектра действия (Цефтиаксон, Цефотаксим) с добавлением противопротозойных препараты с антибактериальной активностью (Метрогил) - инфузионная терапия - противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Индометацин) <p>Контроль лечения: бактериологическое обследование, клинический анализ крови, УЗИ органов малого таза.</p> <p>После купирования острого воспалительного процесса – проведение физиотерапии.</p> <p>Обследование, лечение полового партнера</p>
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</p>

самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей слизистые, небольшие.

Гинекологический осмотр:

В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без воспалительных изменений. В заднем своде определяются включения сине-багрового цвета.

PV: 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 3x4 см, без четких контуров, малоподвижное, резко болезненное. Пальпация области крестцово-маточных связок резко болезненна. Движения за шейку матки болезненны.

Параметрии без патологических изменений.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

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. Микробиоценоз 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 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

4. Цитологический мазок
Шейка матки - типический плоский эпителий.
Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.

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.

6. Колонофиброскопия: Наружный осмотр: выявил геморроидальные узлы в спавшемся состоянии. Сфинктер нормотоничен. Внутренний геморрой - нет. Патологических изменений слизистой оболочки кишечника нет. Заключение: Наружный геморрой.

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> <ul style="list-style-type: none"> - 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). - на основании данных гинекологического осмотра (при осмотре в зеркалах в заднем своде определяются образования синевато-багрового цвета; при вагинальном и ректальном исследовании в позадишеечном пространстве пальпируется плотное образование размерами около 3х4 см, без четких контуров, малоподвижное, резко болезненное) - на основании данных УЗИ (по задней стенке влагалища определяется образование неоднородной эхоструктуры с четкими, неровными контурами, размером 4,0х5,1х2,0 см) <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.

В	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>
Р2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
Р1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
Р0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	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.
Р2	-	Профилактические мероприятия указаны верно
Р1	-	Профилактические мероприятия указаны не полностью
Р0	-	Профилактические мероприятия указаны не верно
В	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.
Р2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
Р1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.

P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
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: атипичии 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>
B	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

В	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.</p> <p>Мочепуспускание 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>

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.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

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. Микробиоценоз 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	5-7 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
		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.
B	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

В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>1. Хирургический метод лечения на данном этапе не показан, учитывая молодой возраст и впервые выявленное заболевание.</p> <p>2. Гормональная терапия – по анамнезу и осмотру противопоказаний не выявлено – уточнить тромбофилический и наследственный анамнез</p> <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.
Н	-	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> <p>Контрацепция: не предохраняется.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Беременностей - 2, роды - 1 (срочные самопроизвольные роды без осложнений), аборт - 1 (выскабливание на сроке беременности 5-6 недель, без осложнений)</p> <p>Хронические заболевания: Хронический панкреатит с 2013 года (последнее обострение в 20-14 году).</p>

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. Мочепускание 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).
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
Р0	-	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>
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью:
Р0	-	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.
В	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
В	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
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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.</p> <p><u>Гинекологический анамнез:</u> 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.</p> <p><u>Соматический анамнез:</u> 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</p> <p><u>Объективно:</u> 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.</p> <p><u>Гинекологический осмотр:</u> 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.</p> <p><u>Данные лабораторных исследований:</u></p> <p>1. Клинический анализ крови</p>

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
Тромбоцит	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	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. Мазок на гормональный фон: на уровне небольшой прогестероновой недостаточности			
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.			

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	-	Диагноз Угрожающий выкидыш при беременности 6/7 недель Хронический пиелонефрит, ремиссия. установлен: - на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, тест на беременность положительный Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев. - на основании данных гинекологического осмотра (Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при 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.
B	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 уреоплазму, 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
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	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. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.</p> <p><u>Гинекологический осмотр:</u> 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.</p> <p><u>Данные лабораторных исследований:</u></p>

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
Тромбоциты	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
		Гарднерелла	обнаружена	Не 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
		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.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз - Аборт в ходу при беременности 9/10 недель установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Привычное невынашивание – диагноз поставлен в связи с наличием в анамнезе 2-х выкидышей Анемия легкая - в анализе крови гемоглобин 110 г/л</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>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)</p> <p>После выскабливания полости матки в качестве дополнительного метода обследования рекомендовано выполнение комплексного гистологического исследования абортного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреоплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса.</p>

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

		<ul style="list-style-type: none"> - 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 беременности - ее коррекция и проведение прегравидарной подготовки</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	016
И	-	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.</p>

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.

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
Тромбоциты	0,258	10 ² /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
		<p>5. Цитологический мазок</p> <p>Шейка матки- типический плоский эпителий</p> <p>Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий</p> <p>Дополнительно выполнено УЗИ органов малого таза: В полости матки одно плодное яйцо неправильной формы, эмбрион определяется, КТР- 1,2 см (соответствует 7 недель5 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.</p>			
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	-	<p>Диагноз несостоявшийся выкидыш при беременности 7/8 недель, привычное невынашивание установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 влагалищном 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	-	<p>Пациентке показано:</p> <p>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)</p> <p>8. После выскабливания полости матки в качестве дополнительного метода обследования рекомендовано выполнение комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микопlasма, уреаплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса.</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>
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	-	<p>Тактика лечения:</p> <p>1. Учитывая скудные темно-коричневые выделения из</p>

		<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> Продолжить проводимую антибактериальную терапию в течение 7 дней Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи на следующий день после выскабливания полости матки, и далее по необходимости Бимануальный осмотр, контроль УЗИ органов малого таза через день после выскабливания полости матки (с целью исключения наличия остатков плодного яйца) 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.
H	-	017
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 43 лет доставлена санитарным транспортом в приемное 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: менархе 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</p>

		<p>патологических изменений. Из цервикального канала скудные темно-кровянистые выделения.</p> <p>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 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	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. 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 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	-	Названы не все методы обследования. или Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
B	4	Перечислите принципы и методы лечения данного состояния.
Э	-	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. Проводится профилактика тромбэмболических осложнений – компрессионные чулки, назначение препаратов гепаринового ряда.
P2	-	Названы верные принципы и методы лечения.
P1	-	Выбраны неполностью правильные принципы и/или методы лечения
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	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.
H	-	018
I	-	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>
B	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.
B	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	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	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	-	Названы не все методы обследования. или Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
B	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	-	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>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°C. 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.
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 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).</p> <p>Диагноз Менометроррагия определен на основании жалоб пациентки на обильные менструации со сгустками крови по 8-12 дней, межменструальные кровянистые выделения, слабость, утомляемость, снижение работоспособности.</p> <p>Диагноз Альгодисменорея определен на основании жалоб пациентки на схваткообразные боли во время менструаций</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	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.
P2	-	Перечислены все необходимые методы обследования верно.
P1	-	Названы не все методы обследования. или Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
B	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.
Н	-	020
И	-	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: менархе 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, мягкой 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>
В	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.

В	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.
В	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.
В	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 аборт; 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 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 anteflexio versio, 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 болезненны. 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</p>

		<p>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, мягкой 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 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).</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 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.
В	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения в данном случае.
Э	-	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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. Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с: маточной беременностью ранних сроков; хроническим воспалением придатков матки, нарушением менструального цикла. 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. Беременность, прервавшуюся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать с: самопроизвольным абортом; обострением хронического сальпингоофорита; перекрутом ножки опухоли яичника; апоплексией яичника; острым аппендицитом.
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	-	022
И	-	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.</p> <p>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 x 10⁹/л (4,00 - 9,00); Эритроциты 3,06 x 10¹²/л (3,90 -4,70); Гемоглобин 136 г/л (120 – 140); Гематокрит 38% (36 – 42); Тромбоциты 290 x 10⁹/л (180 – 320); Нейтрофилы абс 5,00 x 10⁹/л (2,04 - 5,80); Моноциты абс. 0,30 x 10⁹/л (0,09 – 0,60); Эозинофилы абс. 0,10 x 10⁹/л (0,02 – 0,30); Базофилы абс. 0,000 x 10⁹/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</p>

		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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Опухоль левого яичника
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 левого яичника установлен: -на основании осмотра: в области левых придатков, кзади от матки определяется округлое образование туго-эластический консистенции, размерами около 8 см, подвижное, безболезненное 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.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью:
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое объем обследования необходимо провести?
Э	-	Аспирационная биопсия эндометрия – перед планированием хирургического вмешательства. Фиброгастроуденоскопия – 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.
В	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
В	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение хирургического лечения в объеме цистэктомии (лапароскопическим 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.
Н	-	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. 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

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 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</p>
--	---

		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	-	<p>Диагноз: Опухоль правого яичника (перекрут ножки опухоли?) установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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.

P0	-	Дифференциальная диагностика указана полностью неверно.
B	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
I	-	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

		<p>Хронические заболевания - Сахарный диабет 2 типа, стадия компенсации. Гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, риск 3.</p> <p>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.</p> <p>Гинекологический статус: В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный.</p> <p>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 пальпации.</p> <p>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 x23 мм, цервикальный канал не расширен. Правый яичник размерами 201813 мм; левый яичник 201515 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	-	Диагноз: Рак тела матки IA стадии cT1aN0M0 - на основании анамнеза – кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе - 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.
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), 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</p>

		<p>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>УЗИ органов малого таза: 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	-	<p>Диагноз: Рак шейки матки IA стадии cT1aN0M0 поставлен</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании анамнеза: контактные, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота - на основании анамнеза: данные цитологическом исследования мазков шейки матки (признаки высокодифференцированного ороговевающего плоскоклеточного рака) - на основании данных УЗИ органов малого таза: шейка матки

		<p>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> <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 сальпингоофорит 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.
B	3	Какое объем обследования необходимо провести?
Э	-	<p>Необходимо выполнить МРТ органов малого таза (с целью уточнения размеров опухоли шейки матки, инвазии в параметрии, оценки состояния регионарных лимфатических узлов.</p> <p>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.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки (компьютерная томография органов грудной клетки) - с целью определения отдаленных метастазов.</p>
P2	-	Объем обследования указан полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования указан полностью неверно.
B	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 сT1aN0M0. Показано проведение хирургического лечения в объеме лапаротомии, радикальной гистерэктомии с двусторонней тазовой лимфадэктомией (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.
Н	-	026
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемное отделение стационара бригадой скорой медицинской помощи доставлена пациентка 46 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, общую слабость. 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. 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. В анамнезе: двое срочных физиологических родов (без

		<p>осложнений), 1 искусственный аборт (на сроке беременности 6-7 недель) без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2009 года (последнее обострение в 212 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. Рост - 165 см. Вес - 100 кг. ИМТ - 36,7</p> <p>Гинекологический статус: В зеркалах: слизистая влагалища 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 585055 мм, миометрий неоднородный. М-эхо 12 мм. Эндометрий ровный, гладкий. Яичники не изменены. В проекции шейки матки визуализируется гипоэхогенное образование размерами 4939 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 IIВ стадии cT2bNxMx. ОГА. Хронический холецисти (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> <ul style="list-style-type: none"> - на основании анамнеза – контактные, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота в течение 3 месяцев - на основании осмотра - влаглищная порция шейки матки превращена в контактно кровоточащую опухоль смешанного характера, размерами около 6 см, не достигающую сводов влаглища. При влаглищном исследовании определяется умеренная инфильтрация параметриев в близлежащих к шейке отделах. - на основании данных УЗИ органов малого таза - В проекции шейки матки визуализируется гипэхогенное образование размерами 49 x39 мм, инфильтрирующее всю строму шейки, прорастающее серозную оболочку передней губы шейки и подрастающее к задней стенке мочевого пузыря без ее прорастания. <p>Диагноз: ОАГА поставлен</p> <ul style="list-style-type: none"> - на основании анамнеза: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2009 года (последнее обострение в 2012 году) - на основании анамнеза: эктопия шейки матки - диатермоэксцизия в 2011 году <p>Диагноз хронического холецистита поставлен на основании анамнеза</p>
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 передний 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 внутрипросветных 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 проведением 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.

Р0	-	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. Выделения из половых путей на момент осмотра светлые, умеренные.</p> <p>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 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований: 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</p>

		<p>12,1%; моноциты 3,2%; эозинофилы 1,1%; базофилы 0,5%; Тромбоциты $357 \cdot 10^9/\text{л}$.</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: 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.

		<p>Придатки не увеличены, безболезненны при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.</p> <p>- 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> <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.
B	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> <p>Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза (в сроке 11-14 недель - первый скрининг).</p> <p>Культуральный посев (вагинальный), культуральный посев мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>Определение <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Mic. genitalium</i> с помощью</p>

		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

	<p>усилением болей вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация началась 45 дней назад.</p> <p>Половая жизнь с 20 лет, в браке.</p> <p>Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает Аборты, выкидыши, роды в анамнезе отрицает.</p> <p>Соматический анамнез: Хронические заболевания: Хронический пиелонефрит (последнее обострение 2 года назад). Перенесенные операции: 2010 год - лапароскопическая аппендэктомия.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 170 см, вес 60 кг. Индекс массы тела 20, 7 кг/м²</p> <p>Пульс 76 ударов/мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт ст.</p> <p>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.</p> <p>Гинекологический осмотр: 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 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>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%.</p> <p>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.</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</p>
--	---

		<p>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

		<p>навикулярных клеток, небольшая прогестероновая недостаточность.</p> <p>- 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> <p>Диагноз ремиссии хронического пиелонефрита установлен на основании отсутствия у пациентки характерных для обострения пиелонефрита жалоб (боли в поясничной области, лихорадка и др.), 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.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопласти новое 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.</p> <p>Электрокардиография (далее - ЭКГ) по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога).</p> <p>Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза (в сроке 11-14 недель).</p> <p>Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.</p>

		Полимеразная цепная реакция (далее - ПЦР) Chlamidia trachomatis.
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
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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 сальпингоофорит (последнее обострение 5 лет назад). Беременности- 4; Роды - 0; Аборты - 1; Выкидыши – 3 (последние 3 беременности подряд) (1ая - полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока, без выскабливания; 2ая - самопроизвольный выкидыш на сроке 7/8 недель, с выскабливанием полости матки, без осложнений), 3ая - неразвивающаяся беременность на сроке 6//7 недель, с выскабливанием полости матки, без осложнений).</p> <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.</p> <p>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. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.</p> <p>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.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p>
---	---	---

		<p>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: гейтрофилы палочкоядерные 17%; нейтрофилы сегментоядерные 72%; лимфоциты 6%; моноциты 5%.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес 1023; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты не обнаружено; рН 5,0; белок отриц.; глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p> <p>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.</p> <p>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;</p> <p>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> <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.</p>
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	-	<p>Пациентке показано:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Консультация терапевта, ЭКГ. Консультация анестезиолога-реаниматолога.</p> <p>Выскабливание полости матки</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.
B	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
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Тактика лечения на госпитальном этапе: Выскабливание полости матки с последующим выполнением комплексного гистологического исследования абортного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микопlasма, уреapлазма, 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.</p> <p>Половая жизнь с 18 лет, вне брака.</p> <p>Контрацепция: не предохраняется.</p> <p>Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит (последнее обострение 1 год назад).</p> <p>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)</p> <p>Соматический анамнез: Хронические заболевания: отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>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. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей темно-коричневые, скудные.</p>

		<p>Гинекологический осмотр: PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, покрыта визуальным неизменным эпителием, выделения темно-коричневые, скудные. RV: 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.</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; pH 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	-	<p>Диагноз: Беременность 7/8 недель, замершая. Начавшийся самопроизвольный аборт. Эндоцервицит. Привычное невынашивание. Хронический двухсторонний сальпингоофорит (вне обострения) установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>-диагноз эндоцервицита 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 эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке показано:</p> <p>Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела).</p> <p>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</p>

		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.
B	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
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Тактика лечения на госпитальном этапе: 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. Анализ крови и мочи. Определение основных групп крови (A, B, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, бактериоскопическое исследование мазков из влагалища. Определение глюкозы венозной плазмы натощак. Выскабливание полости матки с последующим выполнением комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микопlasма, уреapлазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса. Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра

		действия, противовоспалительная терапия. Контроль самочувствия, состояния и основных физиологических показателей (АД, ЧСС, термометрия) ежедневно, клинического анализа крови, общего анализа мочи перед выпиской. ФТЛ (электрофорез с СаСI 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	-	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 поставлен диагноз: Миопия средней степени.</p> <p>Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; миопия средней степени.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс - 85 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.</p> <p>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.</p> <p>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	-	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
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.
В	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.
В	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.
Н	-	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, полуокружность матки-30 см. Положение плода</p>

		<p>продольное, спинка плода обращена к передней стенке матки, предлежит 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.
B	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	-	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. Беременность пятая: Iая - 8 лет назад закончилась срочными

		<p>родами, без осложнений; Пая - 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 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.</p>
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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - длительности временного промежутка, который прошел после родов - 10 минут <p>Диагноз: Гипотоническое послеродовое кровотечение установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

		<p>гипотонии матки</p> <p>Диагноз: Крупный плод поставлен на основании массы плода (4460 г)</p> <p>Диагноз: ОАГА поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	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:</p> <p>Шов на заднюю губу шейки матки по Лосицкой.</p> <p>Трансфузия свежезамороженной плазмы и крови.</p> <p>При неэффективности перечисленных методов - хирургический гемостаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лапаротомия - наложения швов по В-Линчу - баллонная тампонада матки <p>Эндоваскулярные окклюзирующие операции (перевязки маточной артерии, внутренней подвздошной артерии - при наличии сосудистого хирурга и необходимого оборудования).</p> <p>Экстирпация матки (при неэффективности хирургического гемостаза)</p>
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 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

		<p>проведения ручного отделения плаценты и выделения последа. 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 послеродовый 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 послеродовый 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
B	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.
H	-	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</p>

		свободна, мыс не достигим.
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 метода исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке следует пройти следующие обследования обследования: сверка 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.

В	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.
В	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 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.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Выбраны верный однако, не хватает некоторых групп лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
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 двустороний 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,</p>

		<p>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 тонусе, 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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Преждевременное излитие околоплодных вод поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больной на излитие околоплодных вод при отсутствии в этот момент родовой деятельности <p>Диагноз: Косое положение плода поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). Диагнозы: Первородящая старшего возраста. ОГА поставлены на основании: - анамнеза о возрасте первородящей и сведений об отягощенном гинекологическом анамнезе (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит после аборта)
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	-	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	-	Ответ верный, но не полный.
P0	-	Ответ неверный.

В	5	Через какой период времени пациентка может быть выписана?
Э	-	При благоприятном состоянии роженицы и новорожденного, после контрольного УЗИ органов малого таза, выписка возможна на 6-7 сутки после операции (под наблюдением врача женской консультации)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но не полный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	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 стенке 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>
В	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	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение

		<p>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.</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.
H	-	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</p>

		<p>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.
В	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).

		Диагноз: ОАГА установлен на основании данных анамнеза (три искусственных аборта, острый сальпингоофорит и метроэндометрит после последнего аборта).
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 повторнорожавшей 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	-	Необходимо активное ведение III периода родов: - 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. Схватки появились 7 часов назад. По дороге излились светлые околоплодные воды. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременность – 2я. Роды-1 (пять лет назад без особенностей). На учете в женской консультации с 6/7 недель беременности. Беременность протекала без осложнений. При ультразвуковом исследовании в 33 недели около шейки плода определялось два среза пуповины. Гинекологические заболевания: отрицает.

		<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. 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</p>

		<p>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, уплотнена по ходу цервикального канала, цервикальный канал пропускает 1 поперечник пальца за уплотненный внутренний зев. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая часть не определяется.</p>
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	-	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>Многоводие поставлено на основании анамнестических данных (излитие большого количества околоплодных вод) и данных УЗИ в 34 недели.</p> <p>Возраст первородящей и сведения об ОГА указаны в условиях задачи.</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 экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, не указан срок или способ родоразрешения.
P0	-	Ответ неверный.
B	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.

Н	-	041
И	-	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),

		<p>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>Неполное предлежание плаценты установлено на основании влагалищного осмотра (справа и сзади у края маточного зева на небольшом участке определяется край плаценты тестообразной консистенции).</p> <p>Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез установлен на основании данных анамнеза пациентки (2 искусственных аборта, метроэндометрит после одного из них).</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 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.
B	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 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. 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. 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.
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
I	-	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 путей. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода

		<p>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.
B	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	-	<p>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.</p> <p>Препаратами выбора среди коллоидов являются растворы гидроксипропилированного 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, HAES-стерил,</p>

		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.
H	-	043
I		Проведение обследования пациентки с целью установления диагноза
У		Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
B		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 метроэндометрием 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 по передней стенке матки в нижнем сегменте, край плаценты доходит до внутреннего зева частично перекрывая его).</p> <p>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.).</p> <p>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).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.</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, 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	-	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

		<p>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 родильном 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>
В	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.
В	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</p>

		<p>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 влагалитщное 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.

В	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	-	<p>Препараты кристаллоидов и коллоидов названы не полностью, но обосновано их применение.</p> <p>или</p> <p>Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, но не обосновано их применение.</p>
P0	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы неверно, не обосновано их применение.
Н	-	045
И	-	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 38,6°С.</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 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°С. Лактация достаточная, сцеживание молока</p>

		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.
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	-	Диагноз Послеродовый период 4 сутки установлен на основании данных о послеродовом периоде. 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.).
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 мазовые компрессы.
Р2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
Р1	-	Нет полной тактики ведения родильницы в данном случае.
Р0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
В	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.
Р2	-	Классификация лактационного мастита названа верно.
Р1	-	Классификация лактационного мастита названа не полностью.
Р0	-	Классификация лактационного мастита названа неверно.
Н	-	046
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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

		<p>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. 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.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Послеродовый период 5 сутки. Лактостаз. Инфильтративно-гнойный 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	-	<p>Диагноз Послеродовый период 5 сутки установлен на основании данных о послеродовом периоде.</p> <p>Диагноз Лактостаз, Инфильтративно-гнойный 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).</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	-	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 карбеголина или бромокриптина.
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.
В	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.
Н	-	047
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемный покой акушерского стационара бригадой СМП доставлена повторнобеременная первородящая 24 лет с жалобами на

		<p>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 магниезальную 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, Яяя (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.
Р2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценено состояние плода; или неверно оценили степень преэклампсии.
Р0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Беременность 37/38 недель установлен на основании: - анамнеза: акушерский срок беременности, отсутствии родовой

		<p>деятельности, данные объективного и гинекологического осмотра.</p> <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 тоне, 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.
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Осмотр шейки матки в зеркалах и влагилицное 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 геотранфузия – 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.
В	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 – 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.</p> <p>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.</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.
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. 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 Окситоцина 5-10 Ед, метилэргометрина 0,02% -1,0 в/в или в/м).</p> <p>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.</p> <p>Осмотр мягких тканей родовых путей, восстановление их целостности при повреждениях.</p>
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
В	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	<p>Нарушение отделения плаценты вследствие аномалий ее прикрепления: частичное плотное прикрепление или приращение плаценты.</p> <p>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.</p>
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?

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	-	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. Клинический анализ крови: Лейкоциты 14,40 x 10 ⁹ /л (юные нейтрофилы – 5%, палочкоядерные – 18%, сегментоядерные – 63%), эритроциты 3,06 x 10 ¹² /л, гемоглобин 112 г/л, гематокрит 34%, тромбоциты 353 x 10 ⁹ /л. <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.
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	-	Диагноз: Пятые сутки после операции кесарева сечения. Послеродовый эндометрит установлен: - 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 x10 ⁹ /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	-	<p>Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии: амоксициллин+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.</p> <p>Для профилактики кандидоза применяют флуконазол (150 мг однократно) в конце антибиотикотерапии, по показаниям — повторно через 3 дня.</p> <p>В комплекс лечебных мероприятий включают противовоспалительную (НПВС), десенсибилизирующую, инфузионную и седативную терапию, назначают средства, сокращающие матку, укрепляющие сосудистую стенку, протеолитические ферменты, потенцирующие действие антибиотиков.</p>
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	-	<p>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.</p>
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена верно, однако не полностью.
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена полностью неверно.
Н	-	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.</p> <p>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>
В	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.
В	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> <ul style="list-style-type: none"> - на основании данных истории родов (срок беременности – 40 недель) - 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. - на основании гинекологического анамнеза – осложнение искусственного прерывания беременности – метроэндометрит.

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>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.</p>
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	-	<p>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.</p>
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.

3.1.3. Темы рефератов

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.

3.1.4. Темы докладов, сообщений

1.	Отличие мужского таза от женского. Плоскости таза. Проводная ось таза.
2.	Клиническая анатомия промежности и тазового дна. Плод как объект родов.
3.	Акушерские исследования (внутреннее, наружное). Диагностика беременности.
4.	Основные этапы онтогенеза. Плодные оболочки. Плацента.
5.	Изменения в ССС при беременности
6.	Изменения в ЖКТ при беременности
7.	Синклитическое и асинклитические вставления.
8.	Этапы биомеханизма в переднем виде затылочного вставления
9.	Задний вид затылочного вставления
10.	УЗИ в акушерстве
11.	Допплерометрия в акушерстве
12.	Ранний послеродовый период
13.	Поздний послеродовый период
14.	Послеродовая лактация (норма и патология)
15.	Плацентарная недостаточность: виды, причины, диагностика, клиника
16.	Плацентарная недостаточность: тактика ведения и тактика родоразрешения
17.	Задержка развития плода (причина, диагностика, тактика).
18.	Патологический прелиминарный период.
19.	Первичная и вторичная слабость родовой деятельности.
20.	Чрезмерно сильная и дискоординированная родовая деятельность.
21.	Гормональная диагностика
22.	Бактериально-вирусная диагностика
23.	УЗ-диагностика
24.	Кольпоскопия. Пайпель-биопсия.
25.	Полостные операции на матке и придатках.
26.	Кольпит. Цервицит. Бартолинит.
27.	Эндометрит (острый, хронический).
28.	Сальпингоофорит (острый, хронический).

29.	Пельвиоперитонит. Спаечная болезнь м/таза.
30.	Климактерический синдром
31.	Постменопаузальный остеопороз
32.	Принципы МГТ
33.	Преждевременное половое развитие
34.	Задержка полового развития. Отсутствие полового развития.
35.	Критерии выбора методов контрацепции
36.	КГК: механизмы действия, виды, режимы использования
37.	Чисто прогестиновые контрацептивы
38.	Внутриматочные системы
39.	Барьерные и химические контрацептивы
40.	Экстренная контрацепция

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Тестовые задания

К достоверным признакам беременности относятся все, кроме:

- Определение частей плода при пальпации (приемы Леопольд)
- Определение движений плода во время пальпации
- Регистрация сердечных сокращений плода во время пальпации
- Ощущение шевелений плода самой беременной
- Ультразвуковая регистрация плодного яйца

При исследовании беременных и рожениц при помощи приемов Леопольда можно определить всё, кроме:

- Члено-расположение плода
- Раскрытие шейки матки
- Положение плода
- Позицию плода
- Вид позиции плода

Отношение оси плода к оси матки – это:

- Членорасположение
- Положение
- Позиция
- Вид
- Предлежание

Взаимоотношение отдельных частей плода – это:

- Положение
- Позиция
- Вид
- Членорасположение

Укажите размеры нормального большого таза:

- 22-25-29-18-9см
- 25-28-31-20-11см
- 27-27-32-18-9см
- 23-25-28-17-8см
- 25-25-28-20-11см

Истинная конъюгата (в см)

- 9.5

- 11
- 12
- 13
- 14

Бипариетальный размер головки плода:

- 9.5см
- 10.5см
- 11см
- 12см
- 13.5см

Первый момент механизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

- Сгибание головки
- Разгибание головки
- Опускание головки
- Максимальное сгибание головки
- Внутренний поворот головки

Раскрытие шейки матки происходит в результате:

- Контракции
- Ретракции
- Дистракции
- Всего вышеперечисленного
- Ничего из вышеперечисленного

Основными характеристиками схваток являются все, кроме:

- Частота
- Продолжительность
- Регулярность
- Болезненность
- Эффективность

Продолжительность 3-го периода родов составляет:

- До 2 часов
- 1 час
- 30 минут
- 15 минут

Для зрелой шейки матки при доношенной беременности характерно:

- Расположение ее по проводной оси таза
- Размягчение на всем протяжении
- Проходимость цервикального канала для 1-1,5 см
- укорочение шейки до 1-1,5см
- Все вышеперечисленное

Во 2-ом периоде родов сердцебиение контролируется:

- После каждой потуги
- Через каждые 15 минут
- Через каждые 10 минут
- Через каждые 5 минут

Для обезболивания родов при гестозах наиболее целесообразно применять:

Ингаляционную анестезию
Введение наркотических анальгетиков
Эпидуральную анестезию
Все выше перечисленное

В диете при позднем гестозе необходимо ограничить потребление:

Белков
Воды
Солей
Витаминов

Самый эффективный препарат в лечении позднего гестоза:

Дибазол
Эуфиллин
Сульфат магния
Клофелин

Гипертензионный синдром у беременных с гестозом развивается при сочетании факторов:

Увеличение ангиотензина 1, ангиотензина 2, альдостерона
Возрастание продукции ренина
Снижение перфузии почек
Уменьшение ОЦК
Все вышеперечисленное

Возможные осложнения для матери и плода при стремительных родах:

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
Выпадение пуповины
Глубокие разрывы мягких тканей родовых путей
Запущенное поперечное положение плода
Родовые травмы новорожденного
Все вышеперечисленное

Простым плоским называется таз, у которого уменьшены:

Все поперечные размеры
Все прямые размеры
Прямой размер плоскости входа
Все размеры

Наиболее частой формой анатомически суженного таза в современном акушерстве считается:

Общеравномерносуженный
Поперечносуженный
Простой плоский
Остеомалятический
Плоскоррахитический

Признаком клинического несоответствия между головкой и тазом матери является:

Положительный признак Вастена
Задержка мочеиспускания
Отек шейки и наружных половых органов
Отсутствие поступательного движения головки при хорошей родовой деятельности
Все вышеизложенное

Причиной возникновения тазового предлежания является:

- Повышенная подвижность плода в матке
- Пониженная подвижность плода в матке
- Препятствия к установлению головки в малый таз
- Все вышеперечисленное

Тазовое предлежание плода является:

Нормой

Патологией

Пограничным состоянием

Ничем из перечисленного

При ножном предлежании в современном акушерстве операцией выбора является:

- Пособие по Цовьянову
- Заслонка по Цовьянову
- Экстракция плода за тазовый конец
- Кесарево сечение

Для диагностики тазовых предлежаний плода могут использоваться:

- Методы наружного акушерского исследования
- Выслушивание сердцебиения плода
- Амниоскопия
- УЗИ

Все вышеперечисленное

Срок беременности, при котором плод занимает устойчивое тазовое предлежание:

- 20 нед.
- 34 нед.
- 38 нед.
- 40 нед.

Патологические изменения в организме плода у беременных с сифилисом формируются:

- До 12 недель гестации
- После 20 недель
- К 30 неделям
- К 38-40 неделям

Основным путем инфицирования новорожденного вирусом простого герпеса считают:

- Аntenатальный
- Интранатальный (в родах)
- Постнатальный (при грудном вскармливании)
- Все вышеперечисленное верно

Наиболее опасным для плода является заболевание краснухой при сроке гестации:

- 4-8 недель
- После 20 недель
- После 30 недель
- Накануне перед родами

Уреаплазменная и микоплазменная инфекции у плода и новорожденного могут привести к:

- Внутриутробной пневмонии
- Врожденным порокам сердца
- Поражениям ЦНС
- Аntenатальной гибели

Для лечения хламидиоза при беременности допустимо применение:

- Нитрофуранов
- Пенициллинов
- Тетрациклинов
- Макролидов

Для профилактики гонококковой офтальмии у новорожденных используют:

- Альбуцид
- Эритромициновую мазь
- Все вышеперечисленное
- Ничего из вышеперечисленного

Клиника эндометрита развивается на:

- 1 сутки после родов
- 3-4 сутки
- 6-8 сутки

Операция кесарева сечения может быть выполнена:

- Под комбинированным эндотрахеальным наркозом
- В условиях перидуральной анестезии
- Под местной инфильтрационной анестезией
- Может быть использован любой из вышеперечисленных методов

Наложение акушерских щипцов противопоказано при:

- Мертвом плоде
- Анатомически и клинически узком тазе
- Неполном раскрытии маточного зева
- Угрожающем разрыве матки
- Все вышеперечисленное

К каким инструментам относятся акушерские щипцы:

- Захватывающим
- Вращающим
- Влекущим
- Исправляющим

Повторные роды после перенесенной операции кесарева сечения желательны не ранее, чем через:

- 1 год
- 2 года
- 3 года
- 4 года

Повторные роды после кесарева сечения необходимо провести:

- Обязательно операцией кесарево сечение
- Могут быть проведены через естественные родовые пути

Возникновению разрывов промежности способствуют:

- Недостаточная эластичность тканей промежности
- Большие размеры прорезывающейся головки
- Перерастяжение тканей промежности из-за особенностей биомеханизма родов при сужениях таза
- Неправильное оказание акушерского пособия
- Все вышеперечисленное

Причиной гистопатического разрыва матки является:

- Упорная слабость родовой деятельности
- Морфологическая и функциональная неполноценность маточной стенки
- Переношенная беременность

Показатели шкалы Апгар здорового новорожденного:

- 1-4 балла
- 5-6 баллов
- 7-10 баллов

Первичный туалет новорожденного включает:

- Купание
- Обработка кожи стерильным вазелином
- Профилактика гонобленнореи
- Обработка пуповинного остатка
- Все выше перечисленное

При частичном предлежании плаценты, которое выявилось при раскрытии 4-5 см, показано:

- Невмешательство
- Вскрытие плодного пузыря
- Кесарево сечение

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты показано:

- Консервативное ведение с инфузионно-гемотрансфузионной терапией
- Кесарево сечение, независимо от состояния плода
- Кесарево сечение только при мертвом плоде

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

- Возникновением матки Кювелера
- Интранатальной гибелью плода
- Развитием ДВС-синдрома
- Геморрагическим шоком
- Всем вышеперечисленным

Время свертывания крови по Ли-Уайту, вытекающей из матки, в последовом периоде:

- 6 мин.
- 8 мин.
- 22-25 сек.

Причины невынашивания беременности:

- Патология плаценты
- Инфантилизм

Инфицирование
Неполноценность шейки матки
Все вышеперечисленное

Спонтанный аборт называют поздним при сроке:

14-16 нед
5-10 нед.
17-22 нед

Изоантигенная несовместимость крови матери и плода приводят к осложнениям:

Преждевременным родам
Мертворождению
Гемолитической болезни новорожденного
Позднему токсикозу беременных
Все вышеперечисленное

Стадия гипертонической болезни, при которой беременность следует прервать:

1
2-А
2-Б
3

3.2.2. Контрольные вопросы для экзамена

1. Основные показатели службы родовспоможения.
2. Мероприятия, направленные на снижение материнской и перинатальной смертности.
3. Организация работы женской консультации.
4. Организация работы родильного дома.
5. Социально-экономические предикторы невынашивания беременности.
6. Особенности консультирования по ведению беременности.
7. Особенности консультирования по послеродовой реабилитации.
8. Законодательные акты, регулирующие ведение беременности, родов и послеродового периода.
9. Особенности предгравидарной подготовки, ведения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с ВИЧ-инфекцией.
10. Значение TORCH-инфекций для акушерских и перинатальных исходов.
11. Значение острых инфекционных заболеваний для акушерских и перинатальных исходов.
12. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Определение срока дородового отпуска и родов.
13. Строение женского таза: кости, костные ориентиры, наружные размеры таза, ромб Михаэлиса, индекс Соловьева.
14. Строение женского таза: плоскости таза, проводная ось таза, вычисление истинной конъюгаты.
15. Положение плода, позиция, вид, предлежание, членорасположение. Наружное акушерское исследование.
16. Классификация преэклампсии. Методы оценки тяжести преэклампсии.
17. Тяжелая преэклампсия. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
18. Преэклампсия. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Эклампсия. Профилактика. Неотложная помощь. Возможные осложнения.
20. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология. Диагностика. Лечение. Профилактика.
21. Переношенная беременность. Диагностика. Особенности течения и ведения переношенной беременности и запоздалых родов.

22. Предлежание плаценты. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Многоплодная беременность. Диагностика. Тактика ведения родов.
24. Преждевременные роды. Причины. Особенности клинического течения и тактика ведения родов. Признаки недоношенного плода.
25. Истмико-цервикальная недостаточность. Диагностика. Методы коррекции.
26. Искусственное прерывание беременности в ранние сроки. Методы прерывания. Противопоказания. Осложнения.
27. Течение беременности и родов при пороках сердца.
28. Анемия беременных. Классификация. Особенности течения и ведения беременности и родов.
29. Заболевания почек (пиелонефриты) и беременность. Тактика ведения беременности и родов.
30. Сахарный диабет и беременность. Течение беременности и родов.
31. Беременность и заболевания печени (острая желтая атрофия печени, внутриспеченочный холестаз, HELLP-синдром) Клиника. Диагностика. Лечение.
32. Роды. Периоды родов. Особенности течения первого периода родов у перво- и повторнородящих женщин.
33. Клиническое ведение первого периода родов. Обезболивание родов.
34. Клиническое ведение второго периода родов. Шкала Апгар.
35. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
36. Разгибательные вставления головки плода. Особенности клинического течения родов при разгибательных вставлениях.
37. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.
38. Особенности течения родов при тазовых предлежаниях. Осложнения для матери и плода.
39. Виды тазовых предлежаний. Ведение родов при ножном предлежании плода.
40. Виды тазовых предлежаний. Ведение родов при чисто ягодичном предлежании плода по методу Цовьянова Н.А.
41. Кровотечения в послеродовом периоде. Причины. Клиника. Акушерская тактика.
42. Гипотонические и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Диагностика. Профилактика. Лечение.
43. Ранний послеродовый период. Клиническое течение и принципы ведения.
44. III период родов: клиническое течение и ведение третьего периода. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
45. Аномалии сократительной деятельности матки. Причины. Классификация. Методы диагностики.
46. Слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Чрезмерно сильная родовая деятельность (быстрые и стремительные роды). Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Классификация узких тазов по форме и степени сужения. Особенности течения родов при узких тазах.
50. Понятия “анатомически” и “клинически” узкий таз. Ведение родов при различных степенях сужения таза. Исходы родов для матери и плода.
51. Показания и противопоказания к операции кесарева сечения. Возможные осложнения.
52. Основные этапы операции кесарева сечения. Возможные осложнения. Виды анестезии.
53. Акушерские щипцы. Показания и условия их применению.
54. Акушерский травматизм - разрыв матки при беременности и в родах. Классификация. Клиника. Тактика.

55. Акушерский травматизм - разрывы мягких родовых путей. Классификация. Тактика. Мероприятия по снижению акушерского травматизма.
56. Неправильные положения плода (поперечное, косое). Диагностика. Ведение беременности.
57. Эмболия околоплодными водами. Причины. Клиника. Неотложная помощь.
58. Геморрагический шок в акушерской практике. Причины. Стадии. Диагностика. Лечение.
59. Гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде. Послеродовый метроэндометрит. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
60. Акушерский перитонит. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения.
61. Септический шок. Причины. Диагностика. Методы лечения.
62. Лактационный мастит. Классификация. Клиника. Диагностика. Профилактика. Лечение.
63. Современные методы диагностики состояния плода. Биофизический профиль плода.
64. Признаки доношенного и недоношенного плода. Особенности переношенного плода.
65. Синдром задержки развития плода. Классификация. Диагностика. Лечение.
66. Транзиторные состояния новорожденных.
67. Гипоксия плода. Причины. Классификация. Диагностика. Профилактика. Лечение.
68. Асфиксия новорожденных. Реанимация и неотложная помощь новорожденным, родившимся в состоянии асфиксии.
69. Родовой травматизм новорожденных. Причины. Диагностика. Лечение. Профилактика.
70. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Причины. Клиника. Диагностика. Профилактика.
71. Показания для проведения санаторно-курортного лечения у беременных.
72. Противопоказания для проведения санаторно-курортного лечения у беременных.
73. Противоэпидемические мероприятия в акушерской практике при объявлении чрезвычайного положения.
74. Особенности акушерских осложнений при ДТП и других техногенных катастрофах.
75. Социально-экономические предикторы бесплодия и репродуктивных потерь.
76. Социально-экономические и медицинские предикторы заболеваний, передающихся половым путем.
77. Социально-экономические и конфессиональные особенности планирования беременности.
78. Особенности реализации репродуктивной функции в различные возрастные периоды жизни женщины.
79. Законодательные акты, регулирующие вопросы восстановления фертильности.
80. Бартолинит. Клиника. Диагностика. Лечение.
81. Социальные и медицинские меры профилактики инфекций, передающихся половым путем.
82. Сальпингоофорит. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение.
83. Пельвиоперитонит и перитонит при ВЗОМТ. Клиника. Диагностика. Лечение.
84. Трихомониаз. Клиника. Диагностика. Лечение.
85. Гонорея. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Хламидиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Генитальный герпес. Клиника. Диагностика. Лечение.
88. Эктопическая беременность. Причины возникновения. Виды. Диагностика.
89. Эктопическая беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта: клиника, диагностика, тактика.
90. Эктопическая беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы: клиника, диагностика, тактика.
91. Апоплексия яичника. Клиника. Диагностика. Тактика.

92. Регуляция менструального цикла.
93. Яичниковая и маточная форма аменореи. Диагностика. Лечение.
94. Предменструальный синдром. Клиника. Лечение.
95. Бесплодный брак. Причины женского бесплодия. Диагностика.
96. Аномальные маточные кровотечения в перименопаузальном периоде. Диагностика. Лечение.
97. Кровотечения в постменопаузе. Причины. Методы диагностики. Тактика.
98. Эндометриоз женских половых органов. Классификация. Методы диагностики. Влияние на менструальный цикл и на репродукцию.
99. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
100. Миома матки. Классификация. Методы диагностики.
101. Миома матки. Показания к хирургическому лечению, варианты лечения.
102. Рак тела матки. Патогенетические варианты. Диагностика. Лечение.
103. Рак тела матки. Классификация по стадиям. Клиника. Диагностика. Тактика.
104. Гиперпластические процессы эндометрия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
105. Рак шейки матки - *Ca in situ*: диагностика, лечение, прогноз.
106. Рак шейки матки. Методы диагностики и принципы лечения в зависимости от стадии процесса.
107. Рак шейки матки. Значение профилактических осмотров.
108. Основные этапы операции надвлагалищной ампутации матки без придатков.
109. Основные этапы операции экстирпации матки с придатками.
110. Доброкачественные опухоли яичников. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
111. Рак яичников. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии процесса.
112. Злокачественные опухоли яичников. Принципы химиотерапии. Основные этапы операции удаления кистомы яичников.
113. Эпителиальные опухоли яичников. Клиника. Диагностика. Лечение.
114. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника. Диагностика. Лечение. “Анатомическая” и “хирургическая” ножка опухоли яичника.
115. Трофобластическая болезнь. Классификация. Диагностика. Тактика.
116. Пузырный занос. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
117. Хорионкарцинома матки. Клиника. Диагностика. Лечение.
118. Опущение и выпадение половых органов женщины. Причины, лечение, профилактика.
119. Особенности консультирования по вопросам контрацепции.
120. Планирование семьи. Современные методы контрацепции (естественные, гормональные). Критерии выбора методов контрацепции. Противопоказания.
121. Планирование семьи. Современные методы контрацепции (внутриматочные, барьерные, хирургические). Критерии выбора методов контрацепции. Противопоказания.
122. Показания для проведения санаторно-курортного лечения у гинекологических больных.

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.