



**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Российский государственный социальный университет»**

УТВЕРЖДАЮ
Директор Медицинской
высшей школы (института) РГСУ


С.Н. Черкасов
«27» февраля 2025 г.

**ПРОГРАММА ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
И ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

Специальность
31.08.01 Акушерство и гинекология

Направленность
Акушерство и гинекология

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ**

Форма обучения
Очная

Москва 2025

Программа итоговой аттестации и оценочные материалы обсуждены и утверждены на заседании Ученого совета Медицинской высшей школы.

Протокол № 7 от «27» февраля 2025 года

Директор
Медицинской
высшей школы
(института) РГСУ,
д-р мед. наук,
профессор



С.Н. Черкасов

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
РАЗДЕЛ 2. ПОДГОТОВКА И ПРОВЕДЕНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....	23
2.1. ИТОГОВЫЙ ЭКЗАМЕН.....	23
2.1.1. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОГО ЭКЗАМЕНА.....	23
2.1.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания итогового экзамена.....	41
2.1.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки конкретных результатов освоения образовательной программы.....	43
2.1.4. Критерии оценки проведения итогового экзамена.....	142
2.1.5. Материально-техническое обеспечение.....	143

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа итоговой аттестации (далее – «ИА») определяет совокупность требований к ИА и оценку компетенций обучающихся по ОПОП.

Цель ИА: определение соответствия результатов освоения обучающимися ОПОП – требованиям ФГОС ВО.

К ИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей ОПОП.

В процессе прохождения ИА обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих компетенций:

Код и формулировка компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
<p>УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>УК-1.1 знает основы критического анализа и оценки современных научных достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;</p> <p>УК-1.2 умеет получать новые знания на основе анализа, синтеза и др.; собирать данные по сложным, актуальным научным проблемам, относящимся к профессиональной области; осуществлять поиск информации и необходимых решений</p> <p>УК- 1.3 Имеет практический опыт: исследования проблемы профессиональной деятельности с применением анализа, синтеза и других методов интеллектуальной деятельности; разработки стратегии действий для решения профессиональных задач</p>
<p>УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им</p>	<p>УК-2.1 знает методы представления и описания результатов проектной деятельности; методы, критерии и параметры оценки результатов проектной деятельности;</p> <p>УК-2.2 умеет качественно и своевременно решать задачи проектной деятельности, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений; публично представлять результаты задач исследования, проекта, научной деятельности</p> <p>УК- 2.3 владеет практическим опытом: управления проектами в области, соответствующей профессиональной деятельности; навыком управления и координации работы участников проекта, представлением результатов исследования, проекта и путей внедрения в практику.</p>
<p>УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>УК-3.1 знает методы эффективного управления и руководства коллективом при организации процесса оказания медицинской помощи населению; основные теории лидерства и стили руководства; нормативные законодательные акты в области организации и управления медицинской организацией;</p> <p>УК-3.2 умеет эффективно взаимодействовать с членами команды; управлять трудовыми ресурсами структурного подразделения медицинской организации; осуществлять подбор кадров медицинской организации для осуществления процесса оказания медицинской помощи населению; осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала;</p>

	<p>УК-3.3 имеет практический опыт организации работы персонала медицинской организации в целях оказания медицинской помощи населению; владеет навыками руководства работниками медицинской организации; владеет навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации.</p>
<p>УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности</p>	<p>УК-4.1 знает этические и деонтологические нормы и принципы общения; психологические и социологические закономерности межличностного взаимодействия; современные методы и технологии коммуникации</p> <p>УК-4.2 умеет выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий</p> <p>УК-4.3 имеет практический опыт: взаимодействия с контингентом разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп</p>
<p>УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>	<p>УК-5.1 знает важность планирования перспективных целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей, этапов карьерного роста, временной перспективы развития деятельности и требований рынка труда; технологию и методику самооценки; приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста</p> <p>УК-5.2 умеет планировать профессиональную траекторию с учетом особенностей профессиональной деятельности, принципов непрерывного медицинского образования и требований рынка труда</p> <p>УК-5.3 имеет практический опыт: планирования и решения задач собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и изменяющихся требований рынка труда</p>
<p>ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</p>	<p>ОПК-1.1 знает принципы работы современных информационных технологий и правила информационной безопасности в условиях цифровизации здравоохранения</p> <p>ОПК-1.2 умеет применять современные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности с соблюдением правил информационной безопасности для эффективного выполнения своих профессиональных обязанностей</p> <p>ОПК-1.3 владеет навыком применения алгоритмов решения профессиональных задач с использованием информационно-коммуникационных технологий; навыком соблюдения правил информационной безопасности</p>
<p>ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи</p>	<p>ОПК-2.1 знает основы менеджмента и маркетинга в здравоохранении; основные медико-статистические показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи; основы трудового законодательства, законодательства в сфере здравоохранения, нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации; показатели, характеризующие деятельность медицинской организации; показатели здоровья населения; программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальную</p>

<p>с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации;</p> <p>ОПК-2.2 умеет проводить анализ медико-статистических показателей для оценки здоровья населения; применять основные подходы к анализу, оценке, экспертизе качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений; проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинской помощи</p> <p>ОПК-2.3 владеет навыками анализа деятельности различных подразделений медицинской организации; расчета и анализа основных показателей качества медицинской помощи медицинских организаций с использованием основных медико-статистических показателей; обеспечения внутреннего контроля качества медицинской деятельности;</p>
<p>ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>ОПК-3.1 знает основы педагогики и психологии; структуру и принципы организации педагогического процесса; законодательные акты, регламентирующие деятельность в сфере образования в Российской Федерации; содержание основных нормативных документов, необходимых для проектирования образовательной программы и требования к ней</p> <p>ОПК-3.2 умеет моделировать и конструировать образовательные процессы в образовательных организациях медицинского образования; разрабатывать методическую документацию для ведения педагогической деятельности; выбрать и использовать оптимальные методы преподавания.</p> <p>ОПК-3.3 владеет навыками осуществления педагогической деятельности на всех уровнях образования</p>
<p>ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>ОПК-4.1 знает порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации при оказании медицинской помощи; основы топографической анатомии областей тела в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; нормальную и патологическую физиологию органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы; методику осмотра, сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей) в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и различными изменениями молочных желез; методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</p>

	<p>гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики заболеваний и осложнений; основы дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; МКБ;</p> <p>ОПК-4.2 умеет проводить осмотры и обследования пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ОПК-4.3 проводит клиническую диагностику и обследование пациентов; направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты;</p>
<p>ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1 знает общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению; основы клинической фармакологии, механизмы действия нежелательных лекарственных реакций, проблемы совместимости лекарственных средств; фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; методы лечения гинекологических заболеваний; методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии; методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез; способы искусственного прерывания беременности; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических; принципы обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; признаки эффективности и безопасности действия назначенной терапии</p> <p>ОПК-5.2 умеет оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разрабатывать план лечения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; анализировать клиническую картину с учетом возможных эффектов проводимой терапии; Корректировать лечение при наличии медицинских показаний; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам;</p>

	<p>назначать лечебное питание пациентам; оценить эффективность и безопасность назначенного лечения</p> <p>ОПК-5.3 владеет навыками оценки тяжести состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; навыками анализа комплекса клинико-инструментальных данных для принятия решений по изменению терапевтической тактики; способами коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;</p>
<p>ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>ОПК-6.1 знает показания и противопоказания к назначению медицинской реабилитации, санаторно-курортному лечению пациентов; методы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; принципы и порядок проведения медицинской реабилитации пациентов, критерии оценки качества реабилитационного процесса; принципы составления индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ОПК-6.2 умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов; проводить мероприятия медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; контролировать, оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации;</p> <p>ОПК-6.3 владеет навыками составления и реализации мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях акушерско-гинекологического профиля; оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста, диагноза</p>
<p>ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-7.1 знает нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских экспертиз, выдачу листов нетрудоспособности; порядок направления пациентов на медико-социальную экспертизу; медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу;</p> <p>ОПК-7.2 умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, оформлять листки нетрудоспособности, выдавать листок нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи; навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; оформлять медицинскую документацию для проведения медико-социальной экспертизы;</p> <p>ОПК-7.3 владеет навыками организации и проведения медицинской</p>

	экспертизы; оформления медицинской документации
ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	<p>ОПК-8.1 знает нормативно-правовые документы, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; принципы и особенности проведения оздоровительных мероприятий; правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий; формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни; методы контроля и оценки эффективности профилактической работы с населением;</p> <p>ОПК-8.2 умеет проводить работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения; определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту; проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; заполнять и направлять экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания;</p> <p>ОПК-8.3 владеет навыками пропаганды здорового образа жизни; навыками проведения мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения; проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции; оценки эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p>
ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>ОПК-9.1 знает основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности медицинской организации; алгоритм и порядок ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации, в том числе в электронном виде; основы работы в медицинских информационных системах, в том числе в сети «Интернет»; правила использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; должностные обязанности и принципы организации деятельности медицинского персонала; основы менеджмента;</p> <p>ОПК-9.2 умеет проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию; организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала; осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала; составлять план работы и отчет о работе;</p> <p>ОПК-9.3 владеет навыком проведения анализа медико-статистической информации, показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного контингента; ведения статистического учета и подготовки статистической информации о деятельности медицинской организации; работы с информационными ресурсами; навыками организации деятельности и осуществления контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала;</p>

<p>ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>ОПК-10.1 знает клинические признаки острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства; клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; основы организации и объем медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах ведения пациентов, порядок и правила проведения современной инфузионной терапии; алгоритм применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>ОПК-10.2 умеет распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), требующих срочного медицинского вмешательства; оказывать медицинскую помощь в неотложной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека, кровообращения и/или дыхания); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме;</p> <p>ОПК-10.3 владеет навыками оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании неотложной медицинской помощи; методикой базовой сердечно-легочной реанимации</p>
<p>ПК-1 Способен проводить медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-1.1 знает общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению; порядки оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации при оказании медицинской помощи; основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей) в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; методику осмотра пациентов в период беременности, родов, в</p>

	<p>послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов; принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику неотложных состояний у новорожденных; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики гинекологических заболеваний; этиологию, патогенез, классификацию, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики заболеваний молочных желез; медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками, клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи; медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; основы и принципы дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; МКБ; медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности; принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов; симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>ПК-1.2 умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и</p>
--	---

	<p>заболевания пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, в том числе в период беременности, родов и в послеродовой период; применять методы осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; применять методы осмотра и обследования пациентов с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; интерпретировать и анализировать результаты осмотров и обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; обосновывать, планировать объем и назначать инструментальные обследования пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять инструментальные обследования пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять инструментальные обследования пациентам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты инструментальных обследований</p>
--	--

	<p>пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; обеспечивать безопасность инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате инструментальных исследований; определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ; проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; устанавливать диагноз в соответствии с МКБ пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определять медицинские показания у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-1.3 владеет навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); интерпретации информации, полученной от пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период,</p>
--	---

	<p>после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; формулирования предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнения и обеспечения безопасности диагностических манипуляций пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; установления диагноза пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с МКБ; проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; определения медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</p>
--	---

	гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез.
<p>ПК-2 Способен назначать и проводить лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-2.1 знает общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению; порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации при оказании медицинской помощи; основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и медицинские противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению; принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями; методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период; принципы оказания реанимационной помощи новорожденному; методы лечения гинекологических заболеваний; методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии; методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез; способы искусственного прерывания беременности; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических; технику проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; принципы обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий,</p>

	<p>немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи;</p> <p>ПК-2.2 умеет оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разрабатывать план лечения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать, оценивать эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать лечебное питание пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, пациентам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; обеспечивать безопасность медицинских вмешательств, в том числе хирургических, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными</p>
--	---

	<p>диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; корректировать лечение при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; определять медицинские показания и направлять пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-2.3 владеет навыками оценки тяжести состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разработки плана лечения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза, возрастных анатомо-физиологических особенностей и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначения, оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после</p>
--	---

	<p>прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначения лечебного питания пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначения и выполнение медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; обеспечения безопасности лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разработки плана послеоперационного ведения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определения медицинских показаний для направления и направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; определения медицинских показаний и направления</p>
--	---

	<p>пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оказания медицинской помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p>
<p>ПК-3 Способен проводить и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-3.1 знает порядок организации медицинской реабилитации и порядок организации санаторно-курортного лечения; методы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; механизм воздействия реабилитационных мероприятий, санаторно-курортного лечения на организм пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; медицинские показания и медицинские противопоказания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; основные программы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>ПК-3.2 умеет разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; определять медицинские показания и</p>

	<p>медицинские противопоказания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения; проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения; оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>ПК-3.3 владеет навыками разработки плана мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; определения медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения; направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; оценки эффективности и безопасности проведения мероприятий по</p>
--	---

	<p>медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения.</p>
<p>ПК-4 Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-4.1 знает нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков нетрудоспособности; порядок оформления медицинской документации пациентам для проведения медико-социальной экспертизы; медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации</p> <p>ПК-4.2 умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, оформлять листки нетрудоспособности, выдавать листок нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи; оформлять медицинскую документацию пациентам для проведения медико-социальной экспертизы; определять медицинские показания у пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>ПК-4.3 владеет навыками определения наличия временной нетрудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определения наличия временной нетрудоспособности, осуществляемого врачебной комиссией медицинской организации, выдача листка нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи; подготовки необходимой медицинской документации и направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы.</p>
<p>ПК-5 Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме</p>	<p>ПК-5.1 знает методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; принципы и методы оказания медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-5.2 умеет распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме; выполнять мероприятия базовой сердечно-</p>

	<p>легочной реанимации;</p> <p>ПК-5.3 владеет навыками оценки состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме; выполнения мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации;</p>
<p>ПК-6 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, проводить организацию деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-6.1 знает правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», в том числе в форме электронного документа; должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала; требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка</p> <p>ПК-6.2 умеет составлять план работы и отчет о своей работе; проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; анализировать показатели эффективности оказанной медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения; осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинским персоналом, находящимся в распоряжении; использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда; использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну; обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>ПК-6.3 владеет навыками составления плана работы и отчета о своей работе;</p> <p>анализа медико-статистических показателей заболеваемости пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; анализа показателей эффективности оказанной медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и</p>

	доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; контроля выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей
--	---

РАЗДЕЛ 2. ПОДГОТОВКА И ПРОВЕДЕНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ИА обучающихся включает в себя:

- подготовку к сдаче и сдачу итогового экзамена (3 зачетные единицы);

2.1. Итоговый экзамен

2.1.1. Форма проведения итогового экзамена

Итоговый экзамен проводится по одной или нескольким дисциплинам (модулям), результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Итоговый экзамен состоит из 3-х этапов:

- аттестационное тестирование;
- оценка уровня практической подготовки;
- итоговое собеседование.

Итоговый экзамен проводится в *устной и письменной* форме.

В рамках проведения итогового экзамена проверяется степень освоения выпускниками следующих компетенций:

Код и формулировка компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 знает основы критического анализа и оценки современных научных достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; УК-1.2 умеет получать новые знания на основе анализа, синтеза и др.; собирать данные по сложным, актуальным научным проблемам, относящимся к профессиональной области; осуществлять поиск информации и необходимых решений УК- 1.3 Имеет практический опыт: исследования проблемы профессиональной деятельности с применением анализа, синтеза и других методов интеллектуальной деятельности; разработки стратегии действий для решения профессиональных задач
УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 знает методы представления и описания результатов проектной деятельности; методы, критерии и параметры оценки результатов проектной деятельности; УК-2.2 умеет качественно и своевременно решать задачи проектной деятельности, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений; публично представлять результаты задач исследования, проекта, научной деятельности УК- 2.3 владеет практическим опытом: управления проектами в области, соответствующей профессиональной деятельности;

	<p>навыком управления и координации работы участников проекта, представлением результатов исследования, проекта и путей внедрения в практику.</p>
<p>УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>УК-3.1 знает методы эффективного управления и руководства коллективом при организации процесса оказания медицинской помощи населению; основные теории лидерства и стили руководства; нормативные законодательные акты в области организации и управления медицинской организацией;</p> <p>УК-3.2 умеет эффективно взаимодействовать с членами команды; управлять трудовыми ресурсами структурного подразделения медицинской организации; осуществлять подбор кадров медицинской организации для осуществления процесса оказания медицинской помощи населению; осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала;</p> <p>УК-3.3 имеет практический опыт: организации работы персонала медицинской организации в целях оказания медицинской помощи населению; навыками руководства работниками медицинской организации; навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации</p>
<p>УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности</p>	<p>УК-4.1 знает этические и деонтологические нормы и принципы общения; психологические и социологические закономерности межличностного взаимодействия; современные методы и технологии коммуникации</p> <p>УК-4.2 умеет выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий</p> <p>УК-4.3 имеет практический опыт: взаимодействия с контингентом разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп</p>
<p>УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>	<p>УК-5.1 знает важность планирования перспективных целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей, этапов карьерного роста, временной перспективы развития деятельности и требований рынка труда; технологию и методику самооценки; приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста</p> <p>УК-5.2 умеет планировать профессиональную траекторию с учетом особенностей профессиональной деятельности, принципов непрерывного медицинского образования и требований рынка труда</p> <p>УК-5.3 имеет практический опыт: планирования и решения задач собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и изменяющихся требований рынка труда</p>
<p>ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</p>	<p>ОПК-1.1 знает принципы работы современных информационных технологий и правила информационной безопасности в условиях цифровизации здравоохранения</p> <p>ОПК-1.2 умеет применять современные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности с соблюдением правил информационной безопасности для эффективного выполнения своих профессиональных обязанностей</p> <p>ОПК-1.3 владеет навыком применения алгоритмов решения профессиональных задач с использованием информационно-коммуникационных технологий; навыком соблюдения правил информационной безопасности</p>
<p>ОПК-2 Способен</p>	<p>ОПК-2.1 знает основы менеджмента и маркетинга в</p>

<p>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>здравоохранении; основные медико-статистические показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи; основы трудового законодательства, законодательства в сфере здравоохранения, нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации; показатели, характеризующие деятельность медицинской организации; показатели здоровья населения; программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации;</p> <p>ОПК-2.2 умеет проводить анализ медико-статистических показателей для оценки здоровья населения; применять основные подходы к анализу, оценке, экспертизе качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений; проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинской помощи</p> <p>ОПК-2.3 владеет навыками анализа деятельности различных подразделений медицинской организации; расчета и анализа основных показателей качества медицинской помощи медицинских организаций с использованием основных медико-статистических показателей; обеспечения внутреннего контроля качества медицинской деятельности;</p>
<p>ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>ОПК-3.1 знает основы педагогики и психологии; структуру и принципы организации педагогического процесса; законодательные акты, регламентирующие деятельность в сфере образования в Российской Федерации; содержание основных нормативных документов, необходимых для проектирования образовательной программы и требования к ней</p> <p>ОПК-3.2 умеет моделировать и конструировать образовательные процессы в образовательных организациях медицинского образования; разрабатывать методическую документацию для ведения педагогической деятельности; выбирать и использовать оптимальные методы преподавания.</p> <p>ОПК-3.3 владеет навыками осуществления педагогической деятельности на всех уровнях образования</p>
<p>ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>ОПК-4.1 знает порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации при оказании медицинской помощи; основы топографической анатомии областей тела в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; нормальную и патологическую физиологию органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной</p>

	<p>системы; методику осмотра, сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей) в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и различными изменениями молочных желез; методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов; этиологию, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматику, методы диагностики заболеваний и осложнений; основы дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; МКБ</p> <p>ОПК-4.2 умеет проводить осмотры и обследования пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ОПК-4.3 проводит клиническую диагностику и обследование пациентов; направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты;</p>
<p>ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1 знает общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению; основы клинической фармакологии, механизмы действия нежелательных лекарственных реакций, проблемы совместимости лекарственных средств; фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; методы лечения гинекологических заболеваний; методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии; методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез; способы искусственного прерывания беременности; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических; принципы обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; признаки эффективности и безопасности действия назначенной терапии</p> <p>ОПК-5.2 умеет оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разрабатывать план лечения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания</p>

	<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; анализировать клиническую картину с учетом возможных эффектов проводимой терапии; Корректировать лечение при наличии медицинских показаний; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам; назначать лечебное питание пациентам; оценить эффективность и безопасность назначенного лечения</p> <p>ОПК-5.3 владеет навыками оценки тяжести состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; навыками анализа комплекса клинико-инструментальных данных для принятия решений по изменению терапевтической тактики; способами коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;</p>
<p>ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>ОПК-6.1 знает показания и противопоказания к назначению медицинской реабилитации, санаторно-курортному лечению пациентов; методы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; принципы и порядок проведения медицинской реабилитации пациентов, критерии оценки качества реабилитационного процесса; принципы составления индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ОПК-6.2 умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов; проводить мероприятия медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; контролировать, оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации;</p> <p>ОПК-6.3 владеет навыками составления и реализации мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях акушерско-гинекологического профиля; оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста, диагноза</p>
<p>ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-7.1 знает нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских экспертиз, выдачу листов нетрудоспособности; порядок направления пациентов на медико-</p>

	<p>социальную экспертизу; медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу;</p> <p>ОПК-7.2 умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, оформлять листки нетрудоспособности, выдавать листок нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи; навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; оформлять медицинскую документацию для проведения медико-социальной экспертизы;</p> <p>ОПК-7.3 владеет навыками организации и проведения медицинской экспертизы; оформления медицинской документации</p>
<p>ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ОПК-8.1 знает нормативно-правовые документы, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; принципы и особенности проведения оздоровительных мероприятий; правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий; формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни; методы контроля и оценки эффективности профилактической работы с населением;</p> <p>ОПК-8.2 умеет проводить работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения; определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту; проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; заполнять и направлять экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания;</p> <p>ОПК-8.3 владеет навыками пропаганды здорового образа жизни; навыками проведения мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения; проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции; оценки эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>
<p>ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.1 знает основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности медицинской организации; алгоритм и порядок ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в том числе в электронном виде; основы работы в медицинских информационных системах, в том числе в сети «Интернет»; правила использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; должностные обязанности и принципы организации деятельности медицинского персонала; основы менеджмента</p> <p>ОПК-9.2 умеет проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию; организовывать</p>

	<p>деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала; осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала; составлять план работы и отчет о работе;</p> <p>ОПК-9.3 владеет навыком проведения анализа медико-статистической информации, показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного контингента; ведения статистического учета и подготовки статистической информации о деятельности медицинской организации; работы с информационными ресурсами; навыками организации деятельности и осуществления контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала;</p>
<p>ОПК- 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>ОПК-10.1 знает клинические признаки острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства; клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; основы организации и объем медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах ведения пациентов, порядок и правила проведения современной инфузионной терапии; алгоритм применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>ОПК-10.2 умеет распознавать состояния, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих срочного медицинского вмешательства; оказывать медицинскую помощь в неотложной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека, кровообращения и/или дыхания); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>ОПК-10.3 владеет навыками оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании неотложной медицинской помощи; методикой базовой сердечно-легочной реанимации</p>
<p>ПК-1 Способен проводить медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в</p>	<p>ПК-1.1 знает общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению; порядки оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации при оказании медицинской помощи; основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска</p>

<p>стационарных условиях</p>	<p>заболеваний органов репродуктивной системы; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей) в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; методику осмотра пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов; принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику неотложных состояний у новорожденных; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику неотложных состояний у новорожденных; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии; этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики заболеваний молочных желез; медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками, клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи; медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; основы и принципы дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; МКБ; медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности; принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов</p> <p>симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период</p>
------------------------------	---

	<p>беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>ПК-1.2 умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, в том числе в период беременности, родов и в послеродовой период; применять методы осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; применять методы осмотра и обследования пациентов с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; интерпретировать и анализировать результаты осмотров и обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; обосновывать, планировать объем и назначать инструментальные обследования пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять инструментальные обследования пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять инструментальные обследования пациентам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания</p>
--	---

	<p>беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; обеспечивать безопасность инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате инструментальных исследований; определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ;</p> <p>проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; устанавливать диагноз в соответствии с МКБ пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определять медицинские показания у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-1.3 владеет навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); интерпретации информации, полученной от пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей); осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</p>
--	---

	<p>гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; формулирования предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнения и обеспечения безопасности диагностических манипуляций пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; установления диагноза пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с МКБ; проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез; определения медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p>
<p>ПК-2 Способен назначать и проводить лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</p>	<p>ПК-2.1 знает общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению; порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации при оказании медицинской помощи; основы топографической</p>

<p>гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей; принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и медицинские противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению; принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями; методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период; принципы оказания реанимационной помощи новорожденному; методы лечения гинекологических заболеваний; методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии;</p> <p>методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез; способы искусственного прерывания беременности; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических; технику проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; принципы обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи;</p> <p>ПК-2.2 умеет оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разрабатывать план лечения пациентов в период беременности,</p>
--	---

	<p>родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать, оценивать эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначать лечебное питание пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, пациентам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; обеспечивать безопасность медицинских вмешательств, в том числе хирургических, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; корректировать лечение при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания</p>
--	---

	<p>беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; определять медицинские показания и направлять пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-2.3 владеет навыками оценки тяжести состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разработки плана лечения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза, возрастных анатомо-физиологических особенностей и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначения, оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначения лечебного питания пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; назначения и выполнение медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; обеспечения безопасности лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания</p>
--	--

	<p>беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; разработки плана послеоперационного ведения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определения медицинских показаний для направления и направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; определения медицинских показаний и направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оказания медицинской помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;</p>
<p>ПК-3 Способен проводить и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-3.1 знает порядок организации медицинской реабилитации и порядок организации санаторно-курортного лечения; методы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; механизм воздействия реабилитационных мероприятий, санаторно-курортного лечения на организм пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; медицинские показания и медицинские противопоказания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения</p>

	<p>проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; основные программы медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>ПК-3.2 умеет разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения; проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения; оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез;</p> <p>ПК-3.3 владеет навыками разработки плана мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; определения медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с</p>
--	---

	<p>порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения; направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации; оценки эффективности и безопасности проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;</p>
<p>ПК-4 Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-4.1 знает нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листов нетрудоспособности; порядок оформления медицинской документации пациентам для проведения медико-социальной экспертизы; медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации</p> <p>ПК-4.2 умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, оформлять листки нетрудоспособности, выдавать листок нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи; оформлять медицинскую документацию пациентам для проведения медико-социальной экспертизы; определять медицинские показания у пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>ПК-4.3 владеет навыками определения наличия временной нетрудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; определения наличия временной нетрудоспособности, осуществляемое врачебной комиссией медицинской организации, выдача листка нетрудоспособности, в том числе по уходу за больным членом семьи; подготовки необходимой медицинской документации и направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы;</p>
<p>ПК-5 Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме</p>	<p>ПК-5.1 знает методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; правила проведения базовой сердечно-легочной</p>

	<p>реанимации; принципы и методы оказания медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-5.2 умеет распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме; выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации;</p> <p>ПК-5.3 владеет навыками оценки состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме; выполнения мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации;</p>
<p>ПК-6 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организацию деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, в стационарных условиях</p>	<p>ПК-6.1 знает правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», в том числе в форме электронного документа; должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала; требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка</p> <p>ПК-6.2 умеет составлять план работы и отчет о своей работе; проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости пациентов в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; анализировать показатели эффективности оказанной медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения; осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинским персоналом, находящимся в распоряжении; использовать в профессиональной деятельности медицинские информационные системы в сфере здравоохранения</p>

	<p>и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда; использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну; обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>ПК-6.3 владеет навыками составления плана работы и отчета о своей работе;</p> <p>анализа медико-статистических показателей заболеваемости пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; анализа показателей эффективности оказанной медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез; ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; контроля выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей</p>
--	--

2.1.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания итогового экзамена

По окончании ответов обучающихся объявляется совещание экзаменационной комиссии (далее – «ЭК»), на котором присутствуют только ее члены. На совещании обсуждаются ответы каждого обучающегося на вопросы экзаменационного билета и дополнительные вопросы. По итогам обсуждения каждому обучающемуся в протокол ЭК проставляется соответствующая оценка.

Знания экзаменуемых определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Формирование оценки осуществляется с использованием системы оценки знаний обучающихся:

Коды компетенций	Показатели оценивания	Оценка
УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6	Обучающийся глубоко, осмысленно, в полном объеме усвоил программный материал, излагает его на высоком научном уровне, способен к самостоятельному анализу и оценке проблемных ситуаций. Усвоил методологические основы (свободно владеет понятиями, определениями, терминами) в сфере профессиональной деятельности, умеет анализировать и выявлять их взаимосвязь с другими областями знаний. Умеет творчески применять теоретические знания при	ОЦЕНКА «ОТЛИЧНО»

	<p>решении практических ситуаций. Показывает способность самостоятельно пополнять и обновлять знания в процессе повышения квалификации и профессиональной деятельности.</p>	
	<p>Обучающейся в полной мере раскрыл материал, предусмотренный программой, изучил обязательную литературу. Владеет понятиями, определениями, терминами, методами исследования в сфере профессиональной деятельности, умеет установить взаимосвязь изученной дисциплины (модуля) с другими областями знаний. Применяет теоретические знания на практике. Допустил незначительные неточности при изложении материала, не искажающие содержание ответа по существу вопроса.</p>	<p>ОЦЕНКА «ХОРОШО»</p>
	<p>Обучающийся владеет материалом в пределах программы, знает основные понятия и определения в сфере профессиональной деятельности, обладает достаточными знаниями для профессиональной деятельности, способен разобраться в конкретной практической ситуации.</p>	<p>ОЦЕНКА «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».</p>
	<p>Обучающийся показал пробелы в знании основного учебного материала, не может дать четких определений, понятий в сфере профессиональной деятельности, не может разобраться в конкретной практической ситуации, не обладает достаточными знаниями и практическими навыками для профессиональной деятельности.</p>	<p>ОЦЕНКА «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»</p>

В качестве критериев оценки ответа используются:

- полнота раскрытия вопросов экзаменационного билета;
- логичность и последовательность изложения материала;
- аргументированность ответа обучающегося;

- способность анализировать и сравнивать различные подходы к решению поставленной проблемы;
- готовность обучающегося отвечать на дополнительные вопросы по существу экзаменационного билета.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение итогового экзамена. Оценки за итоговый экзамен объявляются в день сдачи экзамена после их утверждения председателем ЭК.

2.1.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки конкретных результатов освоения образовательной программы

Перечень вопросов для проведения итогового экзамена

Теоретический блок вопросов:

1 этап. Аттестационное тестирование:

1. РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТРАХОВОМ СТАЖЕ РАБОТНИКА БОЛЕЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ % СРЕДНЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКА:

- 60
- 80
- 40
- 100

2. ПЛАНОВЫЕ ПРОВЕРКИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВОДЯТСЯ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В

- полугодие
- квартал
- месяц
- год

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- отделение патологии беременности
- централизованное стерилизационное отделение
- кабинет вакцинопрофилактики
- малую операционную

4. ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕННОМ ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЗАМЕН ОФОРМЛЯЕТСЯ

- выписной эпикриз
- заверенная копия испорченного листка нетрудоспособности
- справка установленной формы
- дубликат листка нетрудоспособности

5. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ

- неонатальный сепсис
- родовая травма
- асфиксия

- недоношенность новорожденного

6. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСМОТРЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВРАЧОМ-АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ ПРОВОДЯТСЯ МИНИМУМ ___ РАЗ

- 10
- 5
- 7
- 14

7. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (В МЕСЯЦАХ)

- 12
- 4
- 10
- 6

8. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ (ВЗРОСЛЫМ), НАХОДЯЩИМСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ

- не выдается
- выдается на 10 дней
- выдается на 3 дня
- выдается на 7 дней

9. ДЛЯ РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА 100 РАБОТАЮЩИХ (ОТЧЕТНАЯ ФОРМА № 16-ВН) НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЧИСЛО

- дней временной нетрудоспособности
- зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники
- выданных листков нетрудоспособности
- рабочих дней в году

10. НОРМА НАГРУЗКИ КОНСУЛЬТАТИВНО-АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ПРИ ПОВТОРНОМ ПРИЕМЕ ДЕВОЧКИ СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

- 15
- 20
- 25
- 18

11. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ, В КОТОРОМ ВЫДАЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ)

- 30
- 28
- 26
- 32

12. ДОКУМЕНТОМ О НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- справка на 3 дня, затем листок нетрудоспособности
- листок нетрудоспособности на 3 дня
- справка на все дни
- листок нетрудоспособности с отметкой о факте опьянения в истории болезни и в листке нетрудоспособности

13. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА ОТНОСИТСЯ

- заболеваемость новорожденных
- частота окончания беременности родами
- удельный вес преждевременных родов
- частота осложнений беременности

14. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЕЛЬСКИЙ ВРАЧ, РАБОТАЮЩИЙ НА УЧАСТКЕ ОДИН, СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 5
- 10
- 20
- 15

15. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ШТАТНЫЙ НОРМАТИВ ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ 1 ДОЛЖНОСТЬ НА _____ ЖЕНЩИН

- 2200
- 4200
- 500
- 1500

16. СМЕРТЬ РЕБЕНКА БУДЕТ ОТНОСИТЬСЯ К РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ СМЕРТЬ НАСТУПИЛА В ВОЗРАСТЕ ____ ДНЕЙ ЖИЗНИ

- 10
- 45
- 28
- 5

17. СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ II УРОВЕНЬ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- функциональному классу ограничения жизнедеятельности
- функциональному классу нарушения функций
- наличию осложнений
- определению группы инвалидности

18. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- комиссия по трудовым спорам
- заведующий отделением
- врачебная комиссия
- главный врач

19. ДЛЯ РАСЧЕТА ОБЩЕГО КОЭФФИЦИЕНТА РОЖДАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ ПО ЧИСЛУ РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ И

- среднегодовой численности женского населения
- среднегодовой численности населения
- числу женщин, вставших на учет по беременности
- численности женщин фертильного возраста

20. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ

- справку с места работы
- документ о семейном положении
- документ, удостоверяющий личность пациента
- свидетельство государственного пенсионного страхования

21. ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ОТ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СОСТОИТ В

- применении медикаментозных препаратов
- сроках начала: лечение проводится в остром периоде заболевания, реабилитационные мероприятия в подостром
- использовании различных методов воздействия
- точке приложения мероприятий: саногенетических процессов при реабилитации и патогенетических процессов в случае лечения

22. РЕКОМЕНДОВАННОЕ ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ РОДИЛЬНИЦЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ СОСТАВЛЯЕТ (В СУТКАХ):

- 3
- 5
- 7
- 1

23. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ НА СРОК ДО (ДЕНЬ):

- 7
- 45
- 30
- 15

24. ГРАЖДАНАМ, НАПРАВЛЕННЫМ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ОРГАНАМИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА ЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИКИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ИНСТИТУТОВ) КУРОРТОЛОГИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ НА ОСНОВАНИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ:

- на время лечения
- на время проезда к месту лечения
- на время лечения и проезда к месту лечения и обратно
- на время лечения и проезда к месту лечения

25. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ) И РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА ПРОИЗВОДИТСЯ В _____ НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 36
- 30
- 28
- 32

26. ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ:

- (число женщин, умерших в родах) / (число родов) x 100 000
- (число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода) / (число родившихся живыми и мертвыми) x 100 000
- (число умерших беременных, независимо от срока беременности; рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми и мертвыми) x 100 000
- (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми) x 100 000

27. МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРОВОДЯТСЯ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ И СТАРШЕ (КРОМЕ СЛУЧАЕВ ПРИЗНАНИЯ РЕБЕНКА НЕДЕЕСПОСОБНЫМ):

- 15
- 14
- 18
- 17

28. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:

- территориальный фонд ОМС
- Федеральное медико-биологическое агентство
- министерство здравоохранения
- бюро медико-социальной экспертизы

29. ТАЛОН № 3-1 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ОПЛАТЫ УСЛУГ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- детским поликлиникам за первые 6 месяцев проведения профилактических медицинских осмотров ребенка
- медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период
- детским поликлиникам за вторые 6 месяцев проведения профилактических медицинских осмотров ребенка
- медицинским организациям, оказывающим женщинам медицинскую помощь в период беременности

30. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕ УТРАТИЛ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ОДНАКО НУЖДАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ СЛОЖНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР) В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ТО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ _____ НА ДНИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР):

- врача-специалиста
- консилиума врачей
- главного врача
- врачебной комиссии

31. ГРАФА "МЕСТО РАБОТЫ" ЛИСТКА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- заполняется со слов гражданина
- графа "место работы" не заполняется
- графа "место работы" заполняется работодателем
- заполняется на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации

32. В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИИ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПОСЕЩАТЬ ВРАЧА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

- 2 раза в месяц
- 1 раз в месяц
- каждые 10 дней
- каждые 7 дней

33. ТАЛОН № 3-2 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ОПЛАТЫ УСЛУГ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период
- медицинским организациям, оказывающим женщинам медицинскую помощь в период беременности
- детским поликлиникам за вторые 6 месяцев проведения профилактических медицинских осмотров ребенка
- медицинским организациям, осуществляющим проведение профилактических медицинских осмотров ребенка, за первые 6 месяцев проведения профилактических медицинских осмотров

34. ПЕРВЫЙ ТАЛОН "ОБМЕННОЙ КАРТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА, РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ" СОДЕРЖИТ СВЕДЕНИЯ:

- сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном
- сведения детской поликлиники о новорожденном
- сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице
- женской консультации о беременной

35. ТАЛОН № 2 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ОПЛАТЫ УСЛУГ, ОКАЗАННЫХ В:

- родильном доме
- детской поликлинике

- детском стационаре
- женской консультации

36. ВЫПЛАТА ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ СРЕДСТВ:

- Фонда занятости
- Пенсионного фонда РФ
- Федерального фонда обязательного медицинского страхования
- Фонда социального страхования РФ

37. РАБОТНИК УВОЛЕН С ПРЕДПРИЯТИЯ ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ. В 18 ЧАСОВ ТОГО ЖЕ ДНЯ ОБРАЩАЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ. ВРАЧ КОНСТАТИРУЕТ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН ВЫДАТЬ ВРАЧ:

- справку ф. 095/у
- листок нетрудоспособности
- справку произвольной формы с указанием времени обращения
- никакой

38. ЦЕЛЕВАЯ ПРОВЕРКА ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПРОВОДИТСЯ ПРИ ВСЕХ СЛУЧАЯХ:

- поступления жалоб граждан по вопросам доступности медицинской помощи
- нехватки лекарственных препаратов в отделении стационара
- удлинения сроков лечения в условиях стационара
- летальных исходов

39. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН:

- с врожденными аномалиями развития и положения гениталий
- практически здоровых, не нуждающихся в диспансерном наблюдении
- с нарушениями функции репродуктивной системы
- с хроническими заболеваниями

40. ДЛЯ РАСЧЕТА БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ ПО ЧИСЛУ УМЕРШИХ В СТАЦИОНАРЕ И:

- числу прооперированных пациентов
- числу поступивших в стационар
- среднегодовой численности населения
- числу выбывших из стационара

41. К V ГРУППЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН:

- нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях
- практически здоровых, не нуждающихся в диспансерном наблюдении
- нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторных условиях
- наблюдающихся по хроническому заболеванию и имеющих показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

42. ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖНО ЗАПОЛНЯТЬ:

- шариковой ручкой с черными чернилами
- с помощью печатающих устройств
- шариковой ручкой с синими чернилами
- ручкой любого цвета и конструкции

43. ОТПУСКА ПО БОЛЕЗНИ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ:

- заведующим отделением
- контрольно-экспертной комиссией
- бюро медико-социальной экспертизы
- лечащим врачом

44. ИЗОИММУНИЗАЦИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ В АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР _____ ГРУППЫ:

- второй
- четвертой
- первой
- третьей

45. ТРЕТИЙ ТАЛОН "ОБМЕННОЙ КАРТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА, РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ" ПЕРЕДАЕТСЯ В:

- женскую консультацию по месту жительства
- детский стационар по месту жительства новорожденного
- медицинскую организацию, где планируется родоразрешение
- детскую поликлинику по месту жительства новорожденного

46. ПОСОБИЕ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НАЗНАЧАЕТСЯ, ЕСЛИ ОБРАЩЕНИЕ ЗА НИМ ПОСЛЕДОВАЛО НЕ ПОЗДНЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ СО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- 12
- 7
- 6
- 16

47. К I ГРУППЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН:

- с риском возникновения патологии репродуктивной системы
- практически здоровых, не нуждающихся в диспансерном наблюдении
- с впервые выявленными заболеваниями
- нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара

48. К СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ОТНОСЯТ:

- повозрастную фертильность
- общую фертильность
- младенческую смертность
- рождаемость

49. ИНФОРМАЦИЕЙ О ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ РАСПОРЯЖАЕТСЯ:

- пациент
- лечащий врач
- руководитель лечебного учреждения
- сотрудник органов внутренних дел

50. ПЕРВЫЙ ТАЛОН "ОБМЕННОЙ КАРТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА, РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ" ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ:

- неонатологом детского отделения акушерского стационара
- акушером-гинекологом акушерского стационара
- акушером-гинекологом женской консультации
- педиатром детской поликлиники

51. В СЛУЧАЕ ОБРАЩЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ОФОРМЛЯЕТСЯ УЧЕТНАЯ ФОРМА №:

- 096/у (История родов)
- 003/у (Медицинская карта стационарного больного)
- 003-1/у (Медицинская карта прерывания беременности)
- 025/у (Медицинская карта амбулаторного больного)

52. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЧАСТОТА САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРВОГО И ВТОРОГО ТИПОВ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО (В %):

- 0,9-2,0
- 0,1-0,5
- 5,1-6,0

- 2,9-5,0

53. ИМЕЮТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ТРАВМОЙ ЛИЦА:

- признанные безработными и состоящим на учете в государственной службе занятости населения
- проходящие медицинское освидетельствование, обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
- находящиеся под арестом
- находящиеся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет

54. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- выдается справка произвольной формы
- выдается справка установленного образца
- не выдается никакой документ
- выдается листок нетрудоспособности

55. СРЕДСТВА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ОБЛАСТИ ФОРМИРУЮТСЯ ИЗ:

- средств частных и коммерческих предприятий и учреждений, средств местной администрации, средств граждан, иных источников
- средств граждан, страховых взносов на ОМС, иных источников
- средств частных и коммерческих предприятий и учреждений, средств граждан, страховых взносов на ОМС, иных источников
- страховых взносов на ОМС, средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда ОМС, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, иных источников

56. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ ВЫДАЕТСЯ НА НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИВШЕГОСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ МЕНЕЕ 22 НЕДЕЛЬ ИЛИ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 500 ГРАММ, ЕСЛИ ОН ПРОЖИЛ БОЛЕЕ _____ ЧАСОВ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ:

- 72
- 168
- 36
- 96

57. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК (В ДНЯХ):

- 180
- 156
- 140
- 86

58. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТ:

- врач стационара
- лечащий врач МСЧ
- врач скорой медицинской помощи
- лечащий врач поликлиники

59. ДЛЯ РАСЧЕТА ОБЩЕГО КОЭФФИЦИЕНТА РОЖДАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ ПО ЧИСЛУ РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ И:

- среднегодовой численности женского населения
- среднегодовой численности населения
- численности женщин фертильного возраста

- числу женщин, вставших на учет по беременности
60. ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ ЧИСЛА:

- поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
- поступивших в стационар к общему числу умерших в больнице
- умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице
- умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар

61. ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВХОДИТ В СОСТАВ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА _____ ГРУППЫ:

- четвертой
- третьей
- второй
- первой

62. СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- беременность в результате изнасилования
- наличие инвалидности I-II группы у мужа
- низкий социально-экономический статус женщины
- пребывание женщины в местах лишения свободы

63. ПРИ РАСЧЕТЕ ПОКАЗАТЕЛЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ УЧИТЫВАЮТ:

- численность женского населения
- число живорожденных
- число родившихся живыми и мертвыми
- суммарное число беременных

64. ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ ПО СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛУ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- с временной утратой трудоспособности
- впервые выявленных
- выявленных при медицинских осмотрах
- всех выявленных

65. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ В СВЯЗИ С НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ДО НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА:

- первые пять дней лечения
- весь период лечения и проезда
- первые десять дней лечения
- весь период лечения

66. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПОМ:

- третьим
- четвертым
- пятым
- шестым

67. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ:

- справку с места работы
- свидетельство государственного пенсионного страхования
- документ о семейном положении
- документ, удостоверяющий личность пациента

68. ДЛЯ РАСЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ ПО ЧИСЛУ УМЕРШИХ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 42 ДНЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ ОКОНЧАНИЯ И ЧИСЛУ:

- всех родившихся детей
- родов
- детей, родившихся живыми
- женщин, закончивших беременность

69. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В %):

- 9-10
- 4-6
- 2-3
- 7-8

70. ВРАЧИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ, ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ЛИЦЕНЗИИ НА:

- медицинскую деятельность
- оборот наркотических средств
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- образовательную деятельность

71. "ОБМЕННАЯ КАРТА РОДИЛЬНОГО ДОМА, РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ" ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ:

- контроля качества оказываемой в родильном доме, родильном отделении помощи
- повышения материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи будущим матерям
- осуществления преемственности в наблюдении за женщиной и ее ребенком женской консультацией, акушерским стационаром и детской поликлиникой
- государственной поддержки российских семей, воспитывающих детей

72. БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- не выдается ни при каких условиях
- выдается только при ургентном заболевании
- выдается в случае госпитализации
- выдается при наличии у него документа о взятии на учет по безработице

73. СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

- повозрастная плодовитость
- рождаемость
- смертность детей в разных возрастных группах
- общая фертильность

74. КОНФИГУРАЦИЕЙ ГОЛОВКИ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- долихоцефалическая
- резкая долихоцефалическая
- резкая брахицефалическая
- брахицефалическая

75. ОБМЕН ГАЗАМИ (O₂ И CO₂) МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ:

- простой диффузии
- пиноцитоза
- фагоцитоза
- избирательной абсорбции

76. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕМПОВ РОСТА ПЛОДА ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ:

- 2 недели
- 5 дней
- 1 неделю
- 10 дней

77. ПОЯВЛЕНИЕ МОЛОЗИВА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ _____ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

- достоверных
- сомнительных
- вероятных
- предположительных

78. ОБЪЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ):

- 2000-2500
- 500-950
- 1550-1900
- 1000-1500

79. ВО ВРЕМЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ СЛЕДУЕТ ВОЗДЕРЖАТЬСЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ:

- молочной продукции
- кондитерских изделий
- алкоголя
- кофеина

80. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ДЛИНЫ БЕДРА ПЛОДА ДАТЧИК И БЕДРЕННАЯ КОСТЬ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ ДРУГ К ДРУГУ:

- перпендикулярно
- под углом в 60°
- параллельно
- под углом в 30°

81. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗИРОВКА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ (В МКГ):

- 100-200
- 900-1000
- 200-300
- 400-800

82. ИСТИННОЙ ИЛИ АКУШЕРСКОЙ КОНЪЮГАТОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ

- наиболее выступающей кзади точкой симфиза и мысом
- верхним краем симфиза и мысом
- мысом и нижним краем симфиза
- верхушкой крестца и нижним краем симфиза

83. ЯЙЦЕКЛЕТКА ВО ВРЕМЯ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ НАХОДИТСЯ НА СТАДИИ

- герминального везикула
- второго деления мейоза
- оогония
- первого деления мейоза

84. ОПТИМАЛЬНУЮ ДЕТАЛИЗАЦИЮ ЗАПИСИ НА ЛЕНТЕ КТГ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СКОРОСТЬ (В СМ/МИН)

- 4
- 3
- 2

- 1

85. ГЛАВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ЖИВОТА ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- желчный пузырь
- желудок
- место выхода пуповины
- пупочная вена

86. ПОЯВЛЕНИЕ МОЛОЗИВА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ _____ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

- сомнительных
- предположительных
- достоверных
- вероятных

87. ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ВСТАВЛЕНИИ ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ _____ И ЗАТЫЛОЧНЫЙ БУГОР

- подбородок
- подъязычная кость
- верхняя челюсть
- надпереносье

88. ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОХОДИТ ПОЛОСТЬ МАЛОГО ТАЗА СВОИМ ВЕРТИКАЛЬНЫМ РАЗМЕРОМ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- лицевом
- переднеголовном
- затылочном, задний вид
- затылочном, передний вид

89. ОСОБЕННОСТЬЮ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- в связи с отсутствием правильной ротации головки в полости малого таза и штурмовым характером второго периода родов, происходит разрыв промежности вплоть до разрыва крестцово-копчикового сочленения
- в связи с благоприятным пространственным соотношением между резко конфигурированной головкой и емкой полостью таза, в полости малого таза совершается внутренний поворот
- головка разгибается и длительное время стоит над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере
- головка вступает в малый таз в состоянии значительного сгибания, размером меньшим, чем малый косой, и стреловидный шов расположен в одном из косых размеров таза

90. ИМПЛАНТАЦИЯ ЭМБРИОНА ПРОИСХОДИТ НА СТАДИИ

- гастролы
- зиготы
- морулы
- бластоцисты

91. ЭМБРИОН ПОЛНОСТЬЮ ПОГРУЖАЕТСЯ В ЭНДОМЕТРИЙ НА ___ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

- 15
- 20
- 10
- 5

92. ВО ВРЕМЯ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ СПЕРМАТОЗОИД РАСТВОРЯЕТ БЛЕСТЯЩУЮ ОБОЛОЧКУ ЯЙЦЕКЛЕТКИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

- эстеразы
- акрозина

- липазы
 - эрепсина
93. СРЕДИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- смешанное ягодичное
 - чисто ягодичное
 - ножное
 - коленное
94. ПОЛНЫМ ОТКРЫТИЕМ МАТОЧНОГО ЗЕВА СЧИТАЕТСЯ (В СМ)
- 6
 - 10-12
 - 9
 - 7-8
95. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИСХОДИТ
- повышение экскреции кальция
 - снижение экскреции мочевой кислоты
 - снижение скорости клубочковой фильтрации
 - снижение экскреции цитрата
96. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И БЕЗ ОТЯГОЩЕННОГО СОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА
- стоматолога
 - гастроэнтеролога
 - ревматолога
 - анестезиолога-реаниматолога
97. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИРАХ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН (7-12 МЕСЯЦЕВ) СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАММАХ)
- 25
 - 15
 - 35
 - 5
98. ПЛОДОВАЯ ЧАСТЬ ПЛАЦЕНТЫ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ
- эндометрия матки
 - эпибласта и экстраэмбриональной эктодермы
 - трофобласта и экстраэмбриональной мезодермы
 - гипобласта и экстраэмбриональной энтодермы
99. ЗНАЧЕНИЕ PH ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКОСИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
- щелочное
 - слабощелочное
 - кислое
 - нейтральное
100. ПЛОД СЧИТАЕТСЯ КРУПНЫМ, ЕСЛИ ЕГО МАССА ПРЕВЫШАЕТ (В ГРАММАХ)
- 4000
 - 3900
 - 3800
 - 5000
101. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ
- при постановке на учет и в сроке 34-36 недель
 - при постановке на учет, при сроке беременности 24-30 недель
 - перед родами
 - в сроке 30 и 36 недель

102. ВЫСОТА ДНА МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ЕЖЕДНЕВНО УМЕНЬШАЕТСЯ НА (В СМ)

- 6-7
- 4-5
- 8-9
- 1-2

103. ПРОЦЕСС ВЫХОДА ЭМБРИОНА ИЗ БЛЕСТЯЩЕЙ ОБОЛОЧКИ НАЗЫВАЕТСЯ

- дифференцировка
- элонгация
- хетчинг
- компактизация

104. ПЕРВОЙ У ЭМБРИОНА НАЧИНАЕТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ СИСТЕМА

- мочеполовая
- нервная
- желудочно-кишечная
- сердечно-сосудистая

105. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ В 5 БАЛЛОВ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЕ VISHOR ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК _____ ШЕЙКА МАТКИ

- перезрелая
- незрелая
- недостаточно зрелая
- зрелая

106. КОНФИГУРАЦИЕЙ ГОЛОВКИ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- резкая долихоцефалическая
- брахицефалическая
- долихоцефалическая
- резкая брахицефалическая

107. ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ВСТАВЛЕНИЯХ ГОЛОВКИ ПЛОДА ВТОРЫМ МОМЕНТОМ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ШИРОКОЙ ЧАСТИ В УЗКУЮ

- сгибание головки
- внутренний поворот плечиков
- внутренний поворот головки
- разгибание головки

108. ОСТАТОК ПУПОВИНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТПАДАЕТ

- к концу 1 недели
- на 8-9 сутки после родов
- на 10-11 сутки после родов
- к концу 3 недели

109. ВОЗМОЖНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- патологический лактостаз
- тяжелая экстрагенитальная патология
- послеродовой эндометрит
- субинволюция матки

110. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГОТОВНОСТИ К РОДАМ БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ VISHOR МОЖЕТ БЫТЬ СКОРРЕКТИРОВАНА ДОБАВЛЕНИЕМ ОДНОГО БАЛЛА ПРИ НАЛИЧИИ ФАКТОРА

- вес плода
- возраст роженицы
- длина шейки матки более 25 мм

- самопроизвольные роды в анамнезе

111. ОЦЕНКУ ЧАСТОТЫ И ОБЪЕМА МОЧЕИСПУСКАНИЯ В РОДАХ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ КАЖДЫЕ (В ЧАСАХ)

- 5

- 2-3

- 4-5

- 6

112. ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- прием спазмолитиков с целью уменьшения газообразования

- восстановление микробиоценоза кишечника

- назначение сифонной клизмы

- прием вазелинового масла

113. ПЕРВЫЙ ПИК ИНВАЗИВНОЙ АКТИВНОСТИ ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ПРИХОДИТСЯ НА (В НЕДЕЛЯХ)

- 1-2

- 8-10

- 4-6

- 14-16

114. ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ДИЕТЫ БЕРЕМЕННОЙ КРУПНЫМ ПЛОДОМ ПРИ НАРУШЕНИИ ЖИРОВОГО ОБМЕНА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ (В ККАЛ)

- 1100

- 1400

- 1000

- 1200

115. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИРАХ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН (7-12 МЕСЯЦЕВ) СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАММАХ)

- 35

- 5

- 15

- 25

116. КЛЕТКИ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННЫХ ЭМБРИОНОВ НАЗЫВАЮТСЯ

- нейромерами

- теломерами

- бластомерами

- кариомерами

117. ЭКСТРАЭМБРИОНАЛЬНАЯ МЕЗОДЕРМА ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ

- первичной полоски

- эмбриональной эктодермы

- амниотической эктодермы

- экстраэмбриональной эндодермы

118. ПРОВЕДЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПЛОДА ВОЗМОЖНО В (НЕДЕЛЯ)

- 22

- 33

- 19

- 18

119. ПОСЛЕ ЧЕТВЕРТОЙ НЕДЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗАРОДЫШ ЧЕЛОВЕКА ПОЛУЧАЕТ ПИТАТЕЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА И КИСЛОРОД ИЗ:

- околоплодных вод

- аллантоиса

- крови матери

- содержимого полости желточного мешка

120. ХОРИОН РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ:

- эктодермы и мезодермы
- мезенхимы и эктодермы
- мезодермы и мезенхимы
- трофобласта и мезобласта

121. ВОРСИНКИ, РАСТУЩИЕ ОТ ХОРИАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ К БАЗАЛЬНОЙ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКЕ НАЗЫВАЮТСЯ:

- якорными
- терминальными
- первичными
- вторичными

122. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКЕ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН (1-6 МЕСЯЦЕВ) СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАММАХ):

- 20
- 40
- 10
- 30

123. ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ВКЛЮЧАЮТ:

- повышение вязкости крови
- увеличение минутного объема крови
- снижение частоты сердечных сокращений
- уменьшение центрального венозного давления

124. ДЛЯ ОБОЛОЧЕЧНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПУПОВИНЫ ХАРАКТЕРНО ОТХОЖДЕНИЕ ЕЕ ОТ:

- центра плацентарного диска
- края плацентарного диска
- плодной оболочки
- дополнительной дольки плаценты

125. МАКСИМАЛЬНАЯ ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ НАБЛЮДАЕТСЯ В (В НЕДЕЛЯХ):

- 36
- 40
- 30
- 38

126. ПРИ НАЛИЧИИ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СЛЕДУЕТ:

- направить в Центры по профилактике и борьбы со СПИД
- обследовать на ВИЧ-инфекцию полового партнера
- обследовать на ВИЧ-инфекцию при обращении в медицинские организации
- запросить обменную карту либо выписку из женской консультации

127. ГЛАВНЫМ КРИТЕРИЕМ ГОТОВНОСТИ ОРГАНИЗМА К РОДАМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- снижение массы тела беременной
- уменьшение высоты стояния дна матки
- "зрелость" шейки матки
- отхождение слизистой пробки

128. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПИК ХГ ПРИХОДИТСЯ НА _____ НЕДЕЛЮ ГЕСТАЦИИ:

- 4-6
- 9-10
- 14-16

- 22-24

129. ПРИ РОДАХ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ РАЗМЕРОМ:

- большим косым
- средним косым
- малым косым
- вертикальным

130. ПОД БИОМЕХАНИЗМОМ РОДОВ ПОНИМАЮТ:

- наружный поворот плода на головку
- прорезывание головки плода
- движения плода по родовому каналу
- внутренний поворот головки

131. ЗАПРЕЩЕННЫМ ПРОДУКТОМ В ПИТАНИИ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ:

- паровая рыба
- запеченная говядина
- отварная индейка
- мясо с кровью

132. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ К ОКСИТОЦИНУ В ПОСЛЕДНИЕ НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- не изменяется
- повышается
- резко снижается
- понижается

133. БОЛЬШОЙ КОСОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАССТОЯНИЕМ ОТ _____ ДО:

- подбородка, затылочного бугра
- подзатылочной ямки, середины большого родничка
- подзатылочной ямки, границы волосистой части головы
- надпереносья, затылочного бугра

134. ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД НЕ ДОЛЖЕН ДЛИТЬСЯ БОЛЕЕ (В МИНУТАХ):

- 15
- 30
- 10
- 20

135. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

- мифепристона
- окситоцина
- динопростона
- амниотомии

136. СОГЛАСНО ПИРАМИДЕ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ, ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ _____ ПОРЦИЙ В СУТКИ:

- 5-7
- менее 1
- свыше 10
- 2-4

137. ВОРСИНКИ, ВЕТВИ КОТОРЫХ СВОБОДНО РАСПОЛАГАЮТСЯ В МЕЖВОРСИНЧАТОМ ПРОСТРАНСТВЕ И ПОСРЕДСТВОМ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ГАЗООБМЕН, НАЗЫВАЮТСЯ:

- якорными

- терминальными
- вторичными
- первичными

138. ДИАГНОСТИКА ПОЛА ПЛОДА ВОЗМОЖНА С _____ НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ЗАЧАТИЯ:

- 21
- 30
- 9
- 16

139. СРЕДНИЙ ВЕС ПЛАЦЕНТЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ГРАММАХ):

- 750
- 1000
- 250
- 500

140. ГРАНИЦА МЕЖДУ ИСТОНЧЕННЫМ НИЖНИМ СЕГМЕНТОМ И ТЕЛОМ МАТКИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- внутренним зевом
- контракционным кольцом
- контракционной бороздой
- наружным зевом

141. НАЧАЛОМ РОДОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

- стойкое повышение тонуса матки
- развитие регулярных схваток
- отхождение околоплодных вод
- опускание предлежащей части

142. ПО ДАННЫМ ВОЗ НОРМА ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК В ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л):

- < 7,1
- < 8,1
- < 6,1
- < 9,1

143. ЛАКТАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ:

- эстрогенов
- прогестерона
- плацентарного лактогена
- пролактина

144. ЕЖЕНЕДЕЛЬНАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (В ГРАММАХ):

- 150-200
- 200-300
- 300-400
- 100-150

145. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРУПНЫХ РАЗМЕРОВ ПЛОДА РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- прием перорально наиболее важных в период беременности микроэлементов
- проведение регулярного мониторинга гликемии в периферической крови
- соблюдение принципов полноценного рационального питания
- соблюдение диеты с низким содержанием соли

146. ШЕСТЫМ МОМЕНТОМ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника
- внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища
- боковое сгибание поясничной части позвоночника плода

- сгибание головки

147. ТЕНДЕНЦИЮ К УВЕЛИЧЕНИЮ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННЫХ В ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ОБЪЯСНЯЮТ ВОЗРАСТАНИЕМ ЧИСЛА БЕРЕМЕННЫХ С:

- хроническим гастритом
- артериальной гипертензией
- аутоиммунным тиреодитом
- гестационным сахарным диабетом

148. В ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ НЕ ВХОДИТ:

- синтез антител
- угнетение клеточного иммунного ответа
- обмен газами, белками, метаболитами
- эндокринный обмен

149. ЭСТРОГЕНЫ УВЕЛИЧИВАЮТ ЗАДЕРЖКУ ЖИДКОСТИ ПУТЕМ:

- увеличения уровня ангиотензиногена в печени
- повышения уровня ренина в почках
- связывания с альдостероновыми рецепторами в надпочечниках
- связывания с глюкокортикоидными рецепторами в надпочечниках

150. ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ НАПРАВЛЕНИЯ ТРАКЦИЙ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ГОЛОВКЕ ПЛОДА, НАХОДЯЩЕЙСЯ В УЗКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- кпереди - книзу
- кзади - кпереди
- книзу - кзади
- книзу - кпереди

151. ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ПЛОСКОСТИ УЗКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА В ПЛОСКОСТЬ ВЫХОДА ГОЛОВКА ПЛОДА СОВЕРШАЕТ:

- дополнительное разгибание
- наружный поворот
- дополнительное сгибание
- внутренний поворот

152. ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- гладкий хорион и пристеночная отпадающая оболочка матки
- внезародышевая энтодерма
- амнион и желточный мешок
- ворсинчатый хорион и основная отпадающая оболочка матки

153. МОНИТОРИНГ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МАТКИ ПРОВОДЯТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДАТЧИКА:

- миометрического
- токографического
- ультразвукового
- доплерометрического

154. КАКОЙ УРОВЕНЬ ПРОТЕИНУРИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ СЧИТАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ:

- 0,002 г/л
- 0,1 г/л
- 0,066 г/л
- 0,033 г/л

155. ПРИ ЗАТРУДНЕНИИ СОСАНИЯ В СЛУЧАЕ ПЛОСКИХ СОСКОВ У МАТЕРИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- более частое прикладывание ребенка к груди
- докармливание ребенка детской смесью

- использование специальных накладок
 - докармливание ребенка детской смесью
156. ПРОФИЛАКТИКА ЗАПОРА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:
- прием слабительных препаратов
 - прием спазмолитиков с целью уменьшения газообразования
 - введение в рацион продуктов, содержащих пищевые волокна
 - прием вазелинового масла
157. В ПЛАЦЕНТЕ МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРОХОДИТЬ СИНТЕЗ:
- эстрогена
 - тестостерона
 - кортизола
 - прогестерона
158. НА СОСТОЯНИЕ ЩЕЛЕВЫХ КОНТАКТОВ МЕЖДУ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫМИ КЛЕТКАМИ МИОМЕТРИЯ НЕ ВЛИЯЕТ:
- эстроген
 - прогестерон
 - простагландин E
 - окситоцин
159. DISTANTIA CRISTARUM ОПРЕДЕЛЯЕТ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:
- серединой нижнего края лонного сочленения и верхушкой копчика
 - большими вертелами бедренных костей
 - наиболее отдаленными точками передневерхних остей подвздошных костей
 - наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей
160. "ОПУСКАНИЕ" ЖИВОТА БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
- опущения мочевого пузыря
 - растяжения нижнего сегмента
 - растяжения мышц передней брюшной стенки
 - растяжения мышц тазового дна
161. К НЕИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТНОСИТСЯ:
- ДНК-скрининг анеуплоидий плода по крови матери
 - амниоцентез
 - биопсия ворсин хориона
 - кордоцентез
162. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН (1-6 МЕСЯЦЕВ) СОСТАВЛЯЕТ (В ККАЛ):
- 500
 - 100
 - 250
 - 350
163. В КОНЦЕ ПЕРВЫХ СУТОК ПОСЛЕ РОДОВ ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ ОБЫЧНО ПРОПУСКАЕТ ____ ПАЛЬЦА:
- 2
 - 3
 - кончик
 - 4
164. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ:
- резко ограничены
 - отменяются
 - противопоказаны

- рекомендуются

165. ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА В КАРДИОТОКОГРАФАХ РЕГИСТРИРУЕТ ДАТЧИК:

- токометрический
- магнитно-резонансный
- ультразвуковой
- тензометрический

166. ТОЛЩИНА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЭХОГРАФИИ ИЗМЕРЯЕТСЯ В:

- области краевого синуса
- середине плаценты
- месте впадения пуповины
- наиболее толстом участке

167. РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:

- перелома костей свода черепа новорожденного
- значительного расстройства кровообращения в надкостнице
- смещения кожи вместе с надкостницей
- нарушения оттока крови из тканей головки

168. К ПРЕДВЕСТНИКАМ РОДОВ ОТНОСЯТ:

- отхождение околоплодных вод
- безболезненные сокращения матки
- частые мочеиспускания
- кровянистые выделения из половых путей

169. В ГРУППУ РИСКА ВОЗМОЖНОГО РОЖДЕНИЯ КРУПНОГО ПЛОДА ВКЛЮЧАЮТ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА:

- белкового
- водно-солевого
- минерального
- жирового

170. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ:

- раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание
- одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
- последовательное раскрытие внутреннего и наружного зева
- раскрытие наружного, а затем внутреннего зева

171. ПРИ ТЕНДЕНЦИИ К ПЕРЕНАШИВАНИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДПОЧИТЕЛЬНО ЗНАТЬ:

- дату первого шевеления
- дату первой явки в женскую консультацию
- данные УЗИ первого триместра
- дату овуляции

172. РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ВСТАВЛЕНИИ РАСПОЛОЖЕНА В ОБЛАСТИ:

- лба
- большого родничка
- левой теменной кости
- малого родничка

173. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Пропилтиоурацил
- Калия йодид
- Левотироксин
- Тиамазол

174. ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПЛОДУ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗМОЖНО ДО _____ НЕДЕЛЬ:

- 32-34
- 28-30
- 24-26
- 18-20

175. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, НАСТУПИВШИЕ В СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ОТ 28 НЕДЕЛЬ ДО 30 НЕДЕЛЬ 6 ДНЕЙ, СЧИТАЮТ

- преждевременными
- поздними
- ранними
- очень ранними

176. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ РАЦИОНА

- свежие фрукты и овощи
- продукты, содержащие растительный белок
- продукты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты
- острую, жирную и жареную пищу

177. ДОКАЗАННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИУТРОБНОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ

- цельной крови
- тромбоцитарной массы
- отмытых лейкофильтрованных эритроцитов
- свежзамороженной плазмы

178. ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- определении типа врожденной тромбофилии
- определении липидного спектра крови
- лечении инфекции, передающейся половым путем
- сохранении первой беременности у женщины с резус-отрицательной кровью

179. МИНИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- фетоскопии
- амниоцентеза
- кордоцентеза
- хориобиопсии

180. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- истмико-цервикальная недостаточность
- патологическая прибавка в весе беременной за неделю
- несоответствие высоты дна матки сроку гестации более 3 см
- отсутствие прибавки в весе беременной за неделю

181. ИМПЛАНТАЦИЯ ЭМБРИОНА ПРОИСХОДИТ НА СТАДИИ

- гастролы
- зиготы
- морулы
- бластоцисты

182. ЭМБРИОН ПОЛНОСТЬЮ ПОГРУЖАЕТСЯ В ЭНДОМЕТРИЙ НА ___ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

- 15
- 20
- 10
- 5

183. ДЛЯ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВотоКА:

- нормативные в артерии пуповины
- сниженные в венозном протоке
- сниженные в средней мозговой артерии
- повышенные в аорте

184. К ПРИЧИНЕ ВТОРИЧНОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ

- истмико-цервикальная недостаточность
- рубец на матке после операции кесарева сечения
- эмболия амниотической жидкостью
- угроза прерывания беременности

185. ПОСЛЕ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИ-RH(D)-ИММУНОГЛОБУЛИНА В ТЕЧЕНИЕ 12 НЕДЕЛЬ ВОЗМОЖНО ВЫЯВЛЕНИЕ

- гипербилирубинемии за счет прямой фракции
- следовых анти-Rh-антител
- пограничной гиперфибриногенемии
- выраженной гипергаммоглобулиемии

186. ИЗОИММУНИЗАЦИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ _____ КРОВИ МАТЕРИ И _____ ПО СИСТЕМЕ

- совместимости, плода, Келл-Челлано
- совместимости, плода, АВ0
- несовместимости, отца, АВ0
- несовместимости, плода, АВ0

187. ОБ АНЕМИИ ПЛОДА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- МСС в СМА более 1,5 МоМ
- ПИ в СМА менее 1,0
- МСС в СМА менее 0,8 МоМ
- ПИ в СМА более 1,0

188. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ДО 34 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- дексаметазон
- метилпреднизолон
- гидрокортизон
- преднизолон

189. МАНИФЕСТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- через два года и более с момента рождения
- на втором году жизни
- сразу при рождении
- от момента рождения до трех месяцев жизни

190. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ У БЕРЕМЕННЫХ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- протромбиновый индекс
- активированное частичное тромбопластиновое время
- международное нормализованное отношение
- антитромби-3

191. В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ НАЧИНАЕТСЯ С (В НЕДЕЛЯХ)

- 6
- 12

- 8
- 10
- 192. ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ПРИ ЛОБНОМ ВСТАВЛЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - верхняя челюсть
 - лоб
 - переносица
 - большой родничок
- 193. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
 - тазовое предлежание плода
 - возраст беременной более 35 лет
 - индекс массы тела 25-30 м2/кг
 - предполагаемая масса плода менее 4000 г
- 194. ПОД РАННИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ ПОНИМАЮТ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ ОТ ____ ДО ____ НЕДЕЛЬ 6 ДНЕЙ
 - 28; 30
 - 34; 36
 - 22; 27
 - 31; 33
- 195. ОСТАТОК ПУПОВИНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТПАДАЕТ
 - к концу 1 недели
 - на 8-9 сутки после родов
 - на 10-11 сутки после родов
 - к концу 3 недели
- 196. ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ ШИРИНЫ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ БОЛЕЕ (В ММ)
 - 8
 - 10
 - 6
 - 12
- 197. ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ КРОВИ ПЛОДА, ПОЛУЧАЕМЫЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРДОЦЕНТЕЗА СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)
 - 1
 - 5
 - 2
 - 0,5
- 198. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРОВОДЯТ С (В НЕДЕЛЯХ)
 - 24
 - 34
 - 32
 - 28
- 199. ПРИ НАЛИЧИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У МАТЕРИ В РОДАХ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ
 - преждевременное излитие околоплодных вод
 - преждевременная отслойка плаценты
 - слабость родовой деятельности
 - хориоамнионит
- 200. НАИБОЛЬШАЯ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТВОДИТСЯ ФАКТОРУ
 - паритета родов
 - расовой принадлежности

- этнической принадлежности

- Генетическому

201. ПРИ ЭМБРИОПАТИИ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД

- поздний неонатальный

- органогенеза

- фетогенеза

- ранний неонатальный

202. ПОКАЗАНИЕМ К ДОСРОЧНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ РОДРАЗРЕШЕНИЮ

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-

СИНДРОМА ПЛОДОВ ПРИ СИНДРОМЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- антенатальная гибель плода с задержкой роста

- положительный диастолический кровоток в артерии пуповины плода с задержкой роста

- "нулевой" кровоток в артерии пуповины плода с задержкой, положительная А-волна в венозном протоке

- декомпенсация состояния плода с задержкой роста, визуализация отрицательной А-волны в венозном протоке

203. СИНДРОМ АНЕМИИ-ПОЛИЦИТЕМИИ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- резус-сенсibilизации

- неравномерного деления плаценты

- наличия небольшого количества мелких однонаправленных артерио-венозных анастомозов плаценты

- наличия большого количества крупных сосудистых анастомозов плаценты

204. ПРИ НАЛИЧИИ ЭКСТРЕННЫХ ПОКАЗАНИЙ (СТРАДАНИЕ ПЛОДА, СОСТОЯНИЕ РОЖЕНИЦЫ) И РАСПОЛОЖЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА В УЗКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА СЛЕДУЕТ РОДРАЗРЕШИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- эпизиотомии

- кесарева сечения

- вакуум-экстракции плода

- акушерских щипцов

205. АКТИВАЦИЯ СОБСТВЕННОГО ГЕНОМА ЭМБРИОНА ПРОИСХОДИТ НА _____ СУТКИ ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

- 3

- 10

- 1

- 5

206. ПРОВЕДЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПЛОДА ВОЗМОЖНО В (НЕДЕЛЯ)

- 22

- 33

- 19

- 18

207. В КОМПЛЕКС УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КРИТЕРИЕВ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ВХОДЯТ

- гепатоспленомегалия, асцит плода, ПИ в СМА менее 1,0

- плацентомегалия, кардиомегалия плода, маловодие

- асцит, перикардиальный выпот, повышенная эхогенность кишечника плода, МСС в СМА 0,8 МоМ

- гепатоспленомегалия, асцит, гидроторакс плода, многоводие

208. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- магнитнорезонансной пельвиометрии

- ультразвукового исследования сердца
- фетоскопии
- кардиотокографии

209. У БЕРЕМЕННЫХ С МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНОЙ РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ:

- отечный
- гипертензивный
- фето-фетальной трансфузии
- уретральный

210. ПЕРВОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА СРОКЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 16-18
- 7-10
- 5-7
- 11-14

211. ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДОПЛЕРОМЕТРИИ КРОВОТОКОВ В ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОМ КОМПЛЕКСЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- нарушения маточно-плацентарного кровотока 1 степени
- нарушения плодово-плацентарного кровообращения 1 степени
- признаки централизации кровообращения плода
- задержка роста плода 1 степени (при УЗ-фетометрии)

212. ПО ТЕОРИИ Д. БАРКЕРА (ТЕОРИЯ О "ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЗРОСЛЫХ ПЛОДОВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ") В КАТАМНЕЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С АНТЕНАТАЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАННЫМ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- варикозное расширение вен нижних конечностей
- сахарный диабет
- онкологическое заболевание
- хронический гастрит

213. К СРЕДОВОМУ ФАКТОРУ, ВЛИЯЮЩЕМУ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА, НЕ ОТНОСИТСЯ:

- курение
- воздействие ионизирующей радиации
- применение лекарственных препаратов
- инсоляция

214. ОБЩЕЕ ОБЛУЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПОЯВЛЕНИЮ У ЖИВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

- специфических антител к виду излучению
- ускоренных темпов физического развития
- толерантности к неблагоприятным экологическим факторам
- умственной отсталости

215. ХОРИОНБИОПСИЮ ПРОВОДЯТ НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ (В НЕДЕЛЯХ):

- 10-12
- 18-20
- 7-9
- 14-16

216. В 32 НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ДЛИНА ПЛОДА РАВНА (В СМ):

- 43
- 45
- 40
- 35

217. ПЕРИОД, ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ПЕРИОД С 22 НЕДЕЛЬ (ПОЛНЫХ 154 ДНЕЙ) ГЕСТАЦИИ, ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД (РОДЫ) И ПЕРВЫЕ 168 ЧАСОВ ЖИЗНИ РЕБЕНКА, ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК:

- постнеонатальный
- антенатальный
- неонатальный
- перинатальный

218. К ПРОИЗВОДНЫМ ДОРСАЛЬНОЙ ЭКТОДЕРМЫ ОТНОСЯТ ГОЛОВНОЙ МОЗГ И:

- спинной мозг
- эпителий почки
- эпителий матки
- дерму

219. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ К ПРИЕМУ РАЗРЕШЕНЫ:

- ингибиторы ДПП-4
- препараты сульфаниламочевины
- инсулины
- ингибиторы натрий-глюкознокотранспортера 2 типа

220. В ЛЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

- инкретины
- бигуаниды
- препараты инсулина

221. К ВОЗБУДИТЕЛЮ, ДЛЯ КОТОРОГО НЕХАРАКТЕРЕН ГЕМАТОГЕННЫЙ ПУТЬ

ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ, ОТНОСЯТ:

- токсоплазму гондии (*Toxoplasma gondii*)
- влагалищную трихомонаду
- вирус краснухи
- парвовирус В19 (Parvovirus B19)

222. ФАКТОРОМ РИСКА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С НАСЛЕДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- наличие у одного из супругов генетических или хромосомных нарушений
- выявленный по результатам комбинированного скрининга I и II триместров, данным УЗИ или результатам НИПТ риск рождения ребенка с анеуплоидиями
- наличие в анамнезе детей с генетическими или хромосомными нарушениями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью
- ранний репродуктивный возраст супругов

223. К НЕИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТНОСИТСЯ:

- ДНК-скрининг анеуплоидий плода по крови матери
- амниоцентез
- биопсия ворсин хориона
- кордоцентез

224. К ФАКТОРУ РИСКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ОТНОСЯТ:

- истмико-цервикальную недостаточность
- неблагоприятное воздействие лекарственных препаратов
- нерегулярный прием поливитаминных комплексов в период беременности
- употребление кофе в период беременности

225. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ STAN В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ У ПЛОДА:

- признаков плацентарной недостаточности
- пиковых значений ЧСС на схватку

- признаков внутриутробной инфекции

- ЭКГ-признаков метаболического ацидоза

226. К ПРИЗНАКАМ ЗРЕЛОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ МАССУ ТЕЛА БОЛЕЕ ____ ГРАММ, ДЛИНУ ТЕЛА БОЛЕЕ ____ СМ:

- 2700; 47

- 3200; 51

- 2500; 45

- 3000; 49

227. ОБМЕН МЕЖДУ МАТЕРИНСКИМ И ПЛОДОВЫМ КРОВОТОКАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ ВОРСИН:

- эмбриональных

- терминальных

- мезенхимальных

- промежуточных незрелых

228. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА ЧЕЛОВЕКА RHO(D) ПОСЛЕ РОДОВ ПРОВОДИТСЯ ДО _____ ЧАСОВ:

- 86

- 82

- 92

- 72

229. К НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЗ ГРУППЫ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ НЕ ОТНОСЯТ СИНДРОМ:

- Меккеля

- Эдвардса

- Тернера

- Патау

230. ЖЕЛТОЧНЫЙ МЕШОК ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ С __ ПО __ (В НЕДЕЛЯХ):

- 4; 8

- 5; 10

- 7; 14

- 6; 12

231. К ЭХОГРАФИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕМУ О ВОЗМОЖНОМ РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИИ У ПЛОДА ВО II И III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ, ОТНОСЯТ:

- II степень зрелости плаценты при сроке беременности менее 38 недель

- наличие кальцификатов в печени, селезенке и головном мозге плода

- иммунную водянку плода

- толщину плаценты менее 35 мм при сроке беременности менее 38 недель

232. ДИАГНОСТИКА АНЕМИИ ПЛОДА ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ:

- конечно-диастолического кровотока

- максимальной систолической скорости

- церебрально-плацентарного соотношения

- стартового систолического кровотока

233. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- УЗ-исследование

- амниоцентез

- амниоскопия

- кардиотокография

234. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- амниоцентез
- кордоцентез
- биопсия
- амниоскопия

235. СКРИНИНГ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МНОГОПЛОДИИ ПРОВОДИТСЯ В (В НЕДЕЛЯХ):

- 18-22
- 20-23
- 24-26
- 16-17

236. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТАХИКАРДИИ У ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ _____ МАТЕРИ:

- брадикардия
- гипотензия
- гипотермия
- гипертермия

237. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОДТВЕРЖДЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- уреоплазменная инфекция
- хламидийная инфекция
- острый токсоплазмоз на ранних сроках беременности
- вторичная цитомегаловирусная инфекция

238. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРОЙНЕ ЯВЛЯЕТСЯ (В НЕДЕЛЯХ):

- 32
- 30
- 35
- 37

239. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО РОСТА ПЛОДА НЕОБХОДИМО ПОДДЕРЖАНИЕ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ:

- тиреотоксикоза
- гипотиреоза
- гипертиреоза
- эутиреоза

240. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫБОРА ВЫЖИДАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- компенсированное состояние матери
- хориоамнионит
- компенсированное состояние плода
- отсутствие признаков инфекции

241. ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ К ПЛОДУ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО:

- до наступления беременности
- во время родов
- в III триместре беременности
- в I триместре беременности

242. ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ А-ФЕТОПРОТЕИНА В АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ:

- гонад

- сразу при рождении
- на втором году жизни

- от момента рождения до трех месяцев жизни

251. ВНУТРИУТРОБНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- инфекционным заболеванием, при котором заражение происходит во втором периоде родов
- проникновением возбудителя инфекции в его организм во время беременности и/или в родах без клинической манифестации болезни
- инфекционным заболеванием, при котором заражение и клиническая манифестация происходят в первом периоде родов
- инфекционным заболеванием, при котором заражение происходит во время беременности

252. ПОКАЗАНИЕМ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ВЕДЕНИЮ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- наличие кровотока в артерии пуповины акардиального плода
- антенатальная гибель плода-помпы
- отсутствие кровотока в артерии пуповины акардиального плода
- нарастающее многоводие плода-помпы

253. ТЕРМИН "ПЛОД, БОЛЬШОЙ ДЛЯ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ" ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПРЕВЫШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЛОДА И ЕГО МАССЫ ВЫШЕ ___ ПРОЦЕНТИЛЯ ДЛЯ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ:

- 90
- 80
- 85
- 75

254. РИСК ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ПРИ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДАХ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО ___ /1000 РОДОВ:

- 12
- 2
- 10
- 5

255. ПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ МАССА ПЛОДА МЕНЕЕ _____ ИЛИ БОЛЕЕ _____ (В ГРАММАХ):

- 2600; 3500
- 2800; 3300
- 3000; 3400
- 2500; 3600

256. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА СЕЛЕКТИВНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- неравномерное распределение площади плаценты между близнецами
- ретрохориальная гематома в ранние сроки беременности
- неравномерное распределение кровотока, со сбросом крови от одного плода к другому
- недостаточное питание беременной

257. ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ В ЭМБРИОНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЧАЩЕ ОТМЕЧЕНЫ:

- самопроизвольные выкидыши и несовместимые с жизнью пороки развития
- воспалительные повреждения отдельных органов и систем
- генерализованные поражения органов и систем
- поражения головного мозга

258. ДЛЯ ДИССОЦИИРОВАННОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗНИЦА РОСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____%:

- 10
- 20
- 7
- 5

259. В КЛАССИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ ВХОДИТ:

- порок сердца
- заячья губа
- атрезия пищевода
- аплазия легкого

260. УВЕЛИЧЕННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У ПЛОДА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- вентрикуломегалии
- микроцефалии
- голопрозэнцефалии
- анемии

261. В СЛУЧАЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ ОДНОГО ИЗ ПЛОДОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕТОСКОПИИ РЕКОМЕНДОВАНО:

- прерывание беременности
- консервативное ведение беременности
- проведение каскадной плазмофильтрации
- проведение повторной фетоскопии

262. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ НАЗНАЧАЮТ:

- цефалоспорины
- аминогликозиды
- фторхинолоны
- пенициллины

263. ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ДЛЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

- момент установления диагноза
- достижение беременной срока 35-36 недель
- возникновение кровотечения
- достижение беременной доношенного срока беременности

264. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ОТНОСЯТ:

- *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus mitis*
- *Eubacterium* spp., *Clostridium perfringens*, *Veillonella atypica*
- *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp., *Streptococcus agalactiae*
- *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus viridians*

265. ДЛЯ ПОЛНОГО ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- диплоидность
- соответствие размеров матки сроку гестации
- наличие фрагментов плацентарной ткани и плода
- отсутствие текалютеиновых кист

266. ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПЛОДУ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗМОЖНО ДО _____ НЕДЕЛЬ:

- 32-34
- 28-30
- 24-26
- 18-20

267. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДОСРОЧНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

- умеренная преэклампсия
- задержка роста плода I степени
- некупируемый приступ стенокардии
- многоплодная беременность

268. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПОБОЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВАКУУМ-ЭКСТРАЦИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- внутричерепное кровоизлияние
- родовая опухоль
- симптом "шиньон"
- кефалогематома

269. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- дизурия
- одышка
- лихорадка
- гипотензия

270. НИЗКОДОЗИРОВАННАЯ СХЕМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОКСИТОЦИНА С ЦЕЛЬЮ ИНДУКЦИИ РОДОВ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ВЫСОКОДОЗИРОВАННОЙ, РЕЖЕ СВЯЗАНА С РАЗВИТИЕМ:

- тахисистолии
- кесарева сечения
- инфекционных осложнений
- быстрых родов

271. ПРИМЕНЕНИЕ ТОКОЛИЗА ОПРАВДАНО ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ____ НЕДЕЛЬ:

- 36, без признаков внутриутробного страдания плода
- 22, с врожденным пороком развития плода, несовместимым с жизнью
- 35, с преждевременным разрывом плодных оболочек и хориоамнионитом
- 30, без признаков внутриутробного страдания плода

272. В "ПЕТЛЮ" ПРИ НАЛОЖЕНИИ ТУРНИКЕТА НА ШИРОКУЮ СВЯЗКУ МАТКИ ПОПАДАЕТ

- связка, поддерживающая яичник
- круглая связка матки
- шеечно-перешеечная область
- мезосальпинкс

273. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, НАСТУПИВШИЕ В СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ОТ 28 НЕДЕЛЬ ДО 30 НЕДЕЛЬ 6 ДНЕЙ, СЧИТАЮТ

- преждевременными
- поздними
- ранними
- очень ранними

274. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН АСИНКЛИТИЧЕСКОГО ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- шейный рефлекс Магнуса
- повышенный тонус нижнего сегмента матки
- нормальный размер угла наклона таза
- повышение тонуса мышц передней брюшной стенки

275. IV СТЕПЕНЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В АРТЕРИЯХ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- нулевой или реверсивный диастолический кровоток в артерии пуповины или аорте
- централизацию плодово-плацентарного кровотока, нарушение маточного кровотока
- нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока
- нарушение маточно-плацентарного или плодово-плацентарного кровотока

276. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- преэклампсия
- токсикоз беременных
- гестационный диабет
- хронический пиелонефрит

277. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- лейкоцитурия
- снижение фибриногена крови
- повышение уровня АЛТ крови
- изменение плотности мочи

278. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КАТАСТРОФИЧЕСКОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- массивное кровотечение
- артериальные тромбозы
- тромбоз эмболию легочной артерии
- тромботическую окклюзию микроциркуляторного русла

279. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСЯТ

- постельный режим
- борьбу с курением
- периодический прием антибиотиков
- питьевой режим

280. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОТСРОЧЕННОЙ ВЫПИСКИ РОДИЛЬНИЦЫ НА 3-4 СУТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО (В ГРАД. С)

- трехдневное, 36,9 и выше
- однократное, 37,0
- однократное, 37,5
- однократное, 38 и выше

281. НЕДОСТАТКОМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОПЕРЕЧНЫМ РАЗРЕЗОМ ДНА МАТКИ ПО ФРИТЧУ ЯВЛЯЕТСЯ

- трудность в изоляции брюшной полости
- сложность перитонизации раны
- затруднение в рассечении матки
- ранение мочевого пузыря во время рассечения передней брюшной стенки

282. С ЦЕЛЬЮ МИНИМИЗАЦИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ТОКОЛИЗЕ, ВВЕДЕНИЕ БЕТА2-АДРЕНОМИМЕТИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С ПРИЕМОМ:

- верапамила
- пропранолола
- индометацина
- атозибана

283. У БЕРЕМЕННОЙ С РУБЦОМ НА МАТКЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- вращение плаценты в рубец
- гипоплазия плаценты
- неправильное положение плода
- многоводие

284. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- субинволюция матки
- нарушение сокращения матки
- травма родовых путей
- обезболивание в процессе родов

285. МАКСИМАЛЬНАЯ КУРСОВАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА АТОЗИБАНА (БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ ОКСИТОЦИНА) СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 360
- 330
- 270
- 300

286. СИНТЕЗ СУРФАКТАНТА В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПЛОДА СТИМУЛИРУЕТ:

- ТТГ
- плацентарный лактоген
- ХГЧ
- кортизол

287. РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ НЕВОЗМОЖНЫ, ЕСЛИ ПРИ ЛИЦЕВОМ ВСТАВЛЕНИИ

- подбородок плода повернут к лонному сочленению
- стреловидный шов отклонен к лонному сочленению
- роднички находятся на одном уровне
- подбородок плода повернут к крестцу

288. ОСНОВНОЕ РАЗЛИЧИЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- наличии индикатора разрежения
- наличии вакуумного насоса
- жесткости чашки
- возможности многократного использования

289. ПРИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ 2 СТЕПЕНИ НЕСООТВЕТСТВИЯ ПОКАЗАНО

- родовозбуждение окситоцином
- наложение полостных акушерских щипцов
- плановое кесарево сечение
- экстренное кесарево сечение

290. ШЕЙКА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНО ЗРЕЛОЙ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЕ VISHOR ПРИ _____ БАЛЛАХ

- 8
- 5
- 7
- 3

291. ПОСЛЕ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИ-RH(D)-ИММУНОГЛОБУЛИНА В ТЕЧЕНИЕ 12 НЕДЕЛЬ ВОЗМОЖНО ВЫЯВЛЕНИЕ

- гипербилирубинемии за счет прямой фракции
- следовых анти-Rh-антител
- пограничной гиперфибриногенемии
- выраженной гипергаммоглобулиемии

292. РЕГРЕСС ПРИЗНАКОВ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ПОСЛЕ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- атипичного гемолитико-уремического синдрома

- острой жировой печени беременных
 - тромбоцитической тромбоцитопенической пурпуры
 - тяжелой преэклампсии и HELLP-синдрома
293. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ
- гестационному
 - первому
 - второму
 - стероидному
294. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ДО 34 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- дексаметазон
 - метилпреднизолон
 - гидрокортизон
 - преднизолон
295. К ФАКТОРАМ РИСКА ТРОМБОЗОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ
- возраст старше 35
 - вторая беременность
 - возраст старше 40
 - ИМТ более 25 кг/м²
296. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПО ПРИЗНАКУ
- Леопольда
 - Ланковица
 - Вастена
 - Михаэлиса
297. ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
- 17-кетостероидов
 - содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты
 - хорионического гонадотропина
 - тестостерона
298. ПЛОД СЧИТАЕТСЯ КРУПНЫМ, ЕСЛИ ЕГО МАССА ПРЕВЫШАЕТ (В ГРАММАХ)
- 4000
 - 3900
 - 3800
 - 5000
299. БОЛЬ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В
- паху
 - эпигастрии
 - межреберье
 - пояснице
300. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ У БЕРЕМЕННЫХ ОПРЕДЕЛЯЮТ
- протромбиновый индекс
 - активированное частичное тромбопластиновое время
 - международное нормализованное отношение
 - антитромби-3
301. ПРИ ВЫБОРЕ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ
- уровень гемоглобина

- тератогенный эффект
- вирусную нагрузку
- гемодинамику плода

302. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫМ АНТАГОНИСТОВ ВИТАМИНА К НЕОБХОДИМО ПОДБИРАТЬ ИХ ДОЗУ С УЧЕТОМ АНАЛИЗА МЕЖДУНАРОДНОГО НОРМАЛИЗОВАННОГО ОТНОШЕНИЯ С ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ В ДИАПАЗОНЕ

- 0,5-1,0
- 1,5-2,0
- 4,0-5,0
- 2,5-3,5

303. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- начавшийся разрыв матки
- умеренная преэклампсия
- преждевременное излитие околоплодных вод
- тазовое предлежание плода с предполагаемой массой менее 3500 г

304. ЛЕЧЕНИЕ НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ СЛЕДУЕТ КОНТРОЛИРОВАТЬ

- международным нормализованным отношением
- протромбиновым и тромбиновым временем
- временем свертывания крови по Ли-Уайту
- активированным частичным тромбопластиновым временем

305. ПОКАЗАНИЕМ К ПРЕИНДУКЦИИ И ИНДУКЦИИ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- мертвый плод
- тазовое предлежание плода
- субкомпенсированная фетоплацентарная недостаточность
- пять и более родов в анамнезе

306. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДОСРОЧНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- сердечной недостаточности
- внутриутробной инфекции
- тиреотоксикоза
- гипотиреоза

307. ПОКАЗАНИЕМ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

ПЛОДА

- тазовое предлежание первого
- тазовое предлежание второго
- поперечное положение второго
- головное предлежание первого

308. ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДИЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- гипотоническим маточным кровотечением
- эндометритом
- гипогалактией
- атонией мочевого пузыря

309. ОСЛОЖНЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КЛАПАНА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- тромбофилия
- гипертиреоз
- гипертензия
- преэклампсия

310. РАЗРЕЗ НА МАТКЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

- классический корпоральный
- поперечный в нижнем маточном сегменте
- истмико-корпоральный
- донный поперечный

311. ПОД РАННИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ ПОНИМАЮТ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ ОТ ____ ДО ____ НЕДЕЛЬ 6 ДНЕЙ

- 28; 30
- 34; 36
- 22; 27
- 31; 33

312. ДОПУСТИМЫМ КОЛИЧЕСТВОМ СОСКАЛЬЗЫВАНИЯ ЧАШКИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА, ПОСЛЕ КОТОРОГО СЛЕДУЕТ ПЕРЕСМОТРЕТЬ ТАКТИКУ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 2
- 1
- 3
- 4

313. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- антиагрегантов
- антибиотиков
- глюкокортикоидов
- антикоагулянтов

314. ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НМГ-ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ МУТАЦИИ:

- фолатного цикла MTHFR TT
- фибриногена FGB GA
- протромбина (II) AA
- протромбина (II) GA

315. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЧТВ, ТВ И ФИБРИНОГЕНА ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ

- реологических свойств крови
- фибринолитической системы
- тромбоцитарного звена гемостаза
- антикоагулянтного звена

316. ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НМГ-ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ _____ МУТАЦИИ

- гетерозотной; FGB GA
- гомозиготной; Лейдена AA
- гомозиготной; PAI 4G/4G
- гомозиготной; MTHFR

317. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТРОМБОФЛЕБИТ ГЛУБОКИХ ВЕН ВОЗНИКАЕТ У БЕРЕМЕННЫХ В ____ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- I-II
- II
- III
- I

318. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО

- не включает лимфоидное преобладание

- имеет особенности, связанные с беременностью
- не включает лимфоидное истощение
- аналогично небеременным женщинам

319. ПРАВИЛЬНОЙ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ПРИМЕНЕНИЯ НИФЕДИПИНА ПРИ ТОКОЛИЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ: ____ МГ СУБЛИНГВАЛЬНО, ЗАТЕМ, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ, КАЖДЫЕ 20 МИНУТ ПО ____ МГ, ЗАТЕМ КАЖДЫЕ 4 ЧАСА ПО ____ МГ ДО 48 ЧАСОВ

- 20, 20, 40
- 40, 20, 20
- 30, 20, 40
- 10, 10, 20

320. ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРУЖНОГО ПОВОРОТА ПЛОДА ПРИ ЕГО ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- маловодие
- достаточное количество околоплодных вод
- отсутствие плодного пузыря
- многоводие

321. ЛЕЧЕНИЕ ЛЮБЫХ ВАРИАНТОВ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ В АКУШЕРСТВЕ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

- плазмообмена
- экулизумаба
- тромбоконцентрата
- иммуноглобулина

322. ПРИ НАЛИЧИИ ЭКСТРЕННЫХ ПОКАЗАНИЙ (СТРАДАНИЕ ПЛОДА, СОСТОЯНИЕ РОЖЕНИЦЫ) И РАСПОЛОЖЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА В УЗКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА СЛЕДУЕТ РОДОРАЗРЕШИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- эпизиотомии
- кесарева сечения
- вакуум-экстракции плода
- акушерских щипцов

323. ВОЗРАСТ ПЕРВОРОДЯЩЕЙ, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РАВЕН ____ И БОЛЕЕ (В ГОДАХ)

- 35
- 25
- 20
- 30

324. РИСК ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДЕФИЦИТА АНТИТРОМБИНА- III, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- средний
- высокий
- незначительный
- низкий

325. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВ С ЦЕЛЬЮ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- пероральный
- интрацервикальный
- внутримышечный
- внутривенный

326. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ:

- оптимизацию режима труда и отдыха
- расслабляющий массаж

- физическую нагрузку

- кислородный коктейль

327. ПРЕДИКТОРОМ УСПЕШНОГО НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ АМНИОТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА БОЛЕЕ (В СМ):

- 10

- 5

- 3

- 8

328. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА В I ТРИМЕСТРЕ ПОКАЗАНО:

- прерывание беременности

- начало терапии с сохранением беременности

- проведение химиотерапии

- пролонгирование беременности

329. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕИНДУКЦИИ И ИНДУКЦИИ РОДОВ НЕОБХОДИМО:

- использовать выжидательную тактику

- произвести экстренное кесарево сечение

- повторить этапы преиндукции

- оценить клиническую ситуацию

330. В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ МРТ С/СО:

- первых дней беременности

- первого триместра

- второго триместра

- третьего триместра

331. ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ (АФС) ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕНЫ:

- антитела к протромбину

- волчаночные антикоагулянты

- антитела к кардиолипину

- антитела к бета2 гликопротеину I

332. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПЛОДА ПРОВОДИТСЯ ДОППЛЕРОМЕТРИЯ СОСУДА:

- артерии пуповины

- венозного протока

- нисходящей аорты

- средней мозговой артерии

333. К ФАКТОРАМ РИСКА СРЕМИТЕЛЬНЫХ И/ИЛИ БЫСТРЫХ РОДОВ ОТНОСЯТ:

- истмико-цервикальную недостаточность

- рубец на матке после кесарева сечения

- умеренную преэклампсию

- гестационный сахарный диабет

334. ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ ОТНОСИТСЯ:

- разрыв влагалища

- разрыв лобкового симфиза

- разрыв матки

- тромбоз вен нижних конечностей

335. ВЫВЕДЕНИЕ МАТКИ В РАНУ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ДЛЯ:

- уменьшения травматизации ткани миометрия

- осмотра ее задней поверхности (удаление узлов миомы)

- снижения продолжительности операции

- снижения объема кровопотери

336. ПОКАЗАНИЕМ К ПРЕКРАЩЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- появление зеленых околоплодных вод

- отсутствие поступательного движения головки при первой тракции

- отсутствие рождения плода в течение 5 минут

- соскальзывание чашки 2 раза

337. ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД НЕ ДОЛЖЕН ДЛИТЬСЯ БОЛЕЕ (В МИНУТАХ):

- 15

- 30

- 10

- 20

338. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

- мифепристона

- окситоцина

- динопростона

- амниотомии

339. ПРИ РАЗВИТИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ:

- терапию антагонистами витамина К

- профилактику ацетилсалициловой кислотой

- низкомолекулярные гепарины в профилактической дозе

- низкомолекулярные гепарины в терапевтической дозе

340. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ, КОТОРОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ "МАНИФЕСТНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ", СОСТАВЛЯЕТ (В ММОЛЬ/Л):

- 7,1

- 11,1

- 9,1

- 5,1

341. К ФАКТОРУ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСЯТ:

- маловодие

- эрозию шейки матки

- гипотонию

- гипертермию

342. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- маловодие

- крупный плод

- маловесный плод

- многоводие

343. ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ МОЖЕТ БЫТЬ НАЛИЧИЕ:

- заболеваний почек

- дисплазии соединительной ткани

- легочной гипертензии

- заболеваний печени

344. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- метеоризм кишечника

- лихорадка
- гипотензия
- голодные боли

345. ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЕРЕСАЖЕННОЙ ПОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- гипотиреоз
- анемия
- многоводие
- диабет

346. ВЕРОЯТНОСТЬ ВЫНАШИВАНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОГО РЕБЕНКА ПРИ ПОСТАВЛЕННОМ ДИАГНОЗЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА (АФС) БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ (В %):

- 3-6
- 13-16
- 50
- 70

347. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОСНОВНОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ:

- Симпсона - Феноменова
- Лазаревича - Килланда
- Чемберлена
- Максимовича - Амбодика

348. К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ МЕТОДУ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ ОТНОСИТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

- ламинарии
- катетера Фолея
- антигестагена
- гигроскопического дилататора

349. ПАЦИЕНТКИ С АКУШЕРСКИМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ (АФС) БЕЗ СОСУДИСТЫХ ТРОМБОЗОВ НУЖДАЮТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМИ ГЕПАРИНАМИ В ТЕЧЕНИЕ:

- 3 недель
- 12 месяцев
- 6 недель
- 12 недель

350. НАРУЖНО-ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА ПО БРЭКСТОНУ - ХИКСУ ПРОИЗВОДЯТ:

- при полном раскрытии шейки матки
- при неполном раскрытии шейки матки
- до начала родов
- в начале первого периода родов

351. ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В СЛУЧАЕ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ СУЩЕСТВУЮТ ПРИ:

- положительном фибронектиновом тесте у пациенток с целым плодным пузырем
- носительстве В-гемолитического стрептококка
- наличии бактерий в посеве мочи в титре до 10⁴
- колонизации условно-патогенной флорой нижних отделов родовых путей у пациенток низкого риска преждевременных родов

352. ОСЛОЖНЕНИЕМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- гестационный пиелонефрит
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- преждевременное излитие околоплодных вод
- выраженное многоводие

353. ТОРГОВЫМ НАЗВАНИЕМ ДИНОПРОСТОНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- трактоцил
- препидил
- миролют
- мифепристон

354. КОМБИНИРОВАННЫЙ КЛАССИЧЕСКИЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА ПРОИЗВОДЯТ ПРИ:

- запущенном поперечном положении
- целом плодном пузыре
- полном раскрытии шейки матки
- раскрытии шейки матки 7-8 см
- гребней подвздошных костей

355. ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ НЕХАРАКТЕРНО:

- неправильное предлежание плода (косое, поперечное, тазовое)
- высокое стояние дна матки
- наличие схваткообразных болей
- наличие ночных безболезненных мажущих кровотечений

356. У БЕРЕМЕННЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ:

- ходьбы
- физической нагрузки
- приема пищи
- бега

357. СРЕДНЯЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА РОДОСТИМУЛЯЦИИ ОКСИТОЦИНОМ С ПОМОЩЬЮ ПЕРФУЗОРА СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ/ЧАС):

- 0,6
- 1,8
- 3,6
- 1,2

358. ПРИ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ДО 22 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- прерывание беременности
- пролонгирование беременности
- пролонгирование беременности после перевода пациентки в стационар 3 уровня
- пролонгирование беременности при условии материально-технической обеспеченности родильного дома

359. ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ПРАВИЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧАШКИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА ЕЕ КРАЙ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ:

- на 3 см кзади от заднего края большого родничка
- над малым родничком
- на 1 см кпереди от большого родничка
- на середине расстояния между большим и малым родничками

360. ЧИСЛО МОМЕНТОВ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, РАВНО:

- 4
- 7
- 6

- 5

361. К ФАКТОРАМ, СНИЖАЮЩИМ ВЕРОЯТНОСТЬ УСПЕХА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ, ОТНОСЯТ:

- переносившую беременность
- преэклампсию
- самопроизвольные роды в анамнезе
- длину шейки матки менее 25 мм

362. К ПРЕИМУЩЕСТВУ ОДНОРЯДНОГО ШВА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

- снижение риска тромбоза
- снижение кровопотери
- несостоятельность рубца на матке
- уменьшение времени операции

363. ИНДИКАТОРОМ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОКОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- паритет и течение данной беременности
- степень раскрытия шейки матки
- частота регулярных схваток
- срок беременности

364. ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА ЗА БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ОЖИРЕНИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ (В КГ):

- 10-12
- 7-8
- 5-6
- 12-15

365. К ФАКТОРУ РИСКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ОТНОСЯТ:

- истмико-цервикальную недостаточность
- неблагоприятное воздействие лекарственных препаратов
- нерегулярный прием поливитаминных комплексов в период беременности
- употребление кофе в период беременности

366. ПРИ СВОЕВРЕМЕННОМ НАЧАЛЕ АДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА БЕРЕМЕННОСТЬ:

- приводит к выздоровлению
- не влияет на его течение
- осложняет его течение
- улучшает его течение

367. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ (АФЛА) ОТНОСЯТ:

- привычный выкидыш
- желание беременной женщины
- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- кровотечения на ранних сроках беременности

368. ПЕРВЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПО ВПРАВЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ЕЕ ВЫВОРОТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- введение бетамиметиков
- прекращение введения утеротонического препарата
- отделение плаценты
- рассечение задней губы шейки матки

369. ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ _____ ПЕРИОДА:

- второго, родов
- третьего, родов
- первого, родов

- послеродового

370. ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НМГ-ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ _____ МУТАЦИИ:

- гетерозотной; FGB GA
- гомозиготной; PAI 4G/4G
- гомозиготной; Лейдена AA
- гомозиготной; MTHFR

371. РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ ОКСИТОЦИНОМ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СО СКОРОСТЬЮ (В МЕД/МИН):

- 9
- 6
- 3
- 8

372. К ПРЕИМУЩЕСТВУ ДВУХРЯДНОГО ШВА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА ОТНОСИТСЯ:

- уменьшение времени операции
- улучшение гемостаза
- быстрота выполнения
- несостоятельность рубца на матке

373. НЕДОСТАТКОМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОПЕРЕЧНЫМ РАЗРЕЗОМ ДНА МАТКИ ПО ФРИТЧУ ЯВЛЯЕТСЯ:

- затруднение заживления раны
- травматизация головки плода
- затруднение извлечения плода за нижние конечности
- травматизация интерстициальных отделов труб

374. ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ II СТАДИИ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ТРАНСФУЗИИ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ/КГ):

- 12-15
- 10-11
- 16-17
- 6-9

375. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МАТКИ КУВЕЛЕРА ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:

- экстирпацию матки
- выскабливание стенок полости матки кюреткой
- внутривенное введение карбетоцина
- перевязку общей подвздошной артерии

376. ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЕ VISHOR ШЕЙКА МАТКИ ИНТЕРПРЕТИРУЕТСЯ КАК "НЕЗРЕЛАЯ" ПРИ _____ БАЛЛАХ:

- 8-13
- 14-15
- 6-7
- 0-5

377. ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ ДО (В НЕДЕЛЯХ):

- 34
- 32
- 28
- 30

378. НЕБЕЛКОВЫМ ФАКТОРОМ СВЕРТЫВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- тромбин
- протромбин

- фактор XII

- фактор IV

379. ТЕМПЕРАТУРА РАСТВОРОВ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ПРЕДУПРЕДИТЬ РАЗВИТИЕ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ, ГИПОТЕРМИИ И УМЕНЬШИТЬ ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ, ДОЛЖНА БЫТЬ (В °С)

- 30-33

- 20-23

- 35-40

- 25-30

380. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИНЫ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМ АНАЛИЗ

- уровня гемоглобина

- тромбоцитов по Фонио

- фенотипа системы резус

- группы крови

381. К ФАКТОРАМ РИСКА, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ПОСЛЕРОДОВОМУ КРОВОТЕЧЕНИЮ, ОТНОСИТСЯ

- многоплодная беременность

- срок беременности более 38 недель

- тазовое предлежание плода

- интергравидарный интервал менее 2 лет

382. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НЕ СЕРТИФИЦИРОВАН ПРЕПАРАТ:

- метилэргометрин

- карбетоцин

- мизопростол

- окситоцин

383. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- субинволюция матки

- нарушение сокращения матки

- травма родовых путей

- обезболивание в процессе родов

384. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЧТВ, ТВ И ФИБРИНОГЕНА ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ

- реологических свойств крови

- фибринолитической системы

- тромбоцитарного звена гемостаза

- антикоагулянтного звена

385. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- аппаратной реинфузии крови

- факторов свертывания и их концентратов

- оперативного лечения под искусственной вентиляцией легких

- повторного ручного обследования стенок полости матки

386. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ДОПОЛНЕНИИ К ОКСИТОЦИНУ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- карбетоцин

- транексамовая кислота

- метилэргометрин

- мизопростол

387. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- гипертензия
- дизурия
- субфебрильная температура

388. К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ, ПРОТЕКАЮЩЕМУ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ГИПОКОАГУЛЯЦИЕЙ, ОТНОСИТСЯ:

- геморрагический васкулит
- атеросклероз аорты
- злокачественное новообразование
- болезнь Виллебранда

389. РАННЕЕ (ПЕРВИЧНОЕ) ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ (В ЧАСАХ):

- 96
- 72
- 24
- 48

390. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ РЕИНФУЗИИ АУТОЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- тяжелая преэклампсия
- наличие в брюшной полости гнойного содержимого
- смешивание крови с примесью околоплодных вод
- наличие у больной злокачественного новообразования

391. В III ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВРАЧ МОЖЕТ ЗАНИМАТЬ ВЫЖИДАТЕЛЬНУЮ ТАКТИКУ В ТЕЧЕНИЕ (В МИНУТАХ):

- 30
- 15
- 60
- 45

392. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ HELLP-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- тромбоцитоз более 600 тыс. в мкл
- тромбоэмболия легочной артерии
- повышение уровня лактатдегидрогеназы более 600 Ед/л
- повышение креатинина более 150 мкмоль/л

393. ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ НЕХАРАКТЕРНО:

- неправильное предлежание плода (косое, поперечное, тазовое)
- высокое стояние дна матки
- наличие схваткообразных болей
- наличие ночных безболезненных мажущих кровотечений

394. К ФАКТОРУ ВЫСОКОГО РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩЕМУ РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ:

- предлежание плаценты
- миома матки больших размеров
- родостимуляция окситоцином
- хориоамнионит

395. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА НА ПОВЫШЕНИЕ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕ ВЛИЯЕТ:

- повышение дозы
- снижение дозы
- прием фибринолитиков

- сочетание с коагулопатиями
396. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ С ЦЕЛЬЮ ГЕМОСТАЗА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ:
- ингибиторы протонной помпы
 - антибактериальные препараты
 - ингибиторы фибринолиза
 - антикоагулянты непрямого действия
397. МЕРОЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ ОКСИТОЦИНА 5 МЕ ВНУТРИВЕННО:
- перед разрезом на матке
 - после рождения последа
 - после окончания операции
 - после рождения плода
398. В ЭНДОТЕЛИИ СОСУДОВ СИНТЕЗИРУЕТСЯ:
- тромбосан
 - протромбин
 - простациклин
 - витамин К
399. У БЕРЕМЕННЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА НМГ ОТМЕНЯЮТСЯ ЗА _____ ЧАСА ДО ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ИЛИ С РАЗВИТИЕМ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:
- 24
 - 12
 - 36
 - 48
400. РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ВСТАВЛЕНИИ РАСПОЛОЖЕНА В ОБЛАСТИ:
- лба
 - большого родничка
 - левой теменной кости
 - малого родничка
401. КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ КРОВОПОТЕРЯ, ПРЕВЫШАЮЩАЯ (В МЛ):
- 700
 - 800
 - 1000
 - 500
402. КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ КРОВОПОТЕРЮ БОЛЕЕ (В МЛ):
- 500
 - 400
 - 300
 - 200
403. МРТ-ПРИЗНАКОМ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
- плацентарная гетерогенность
 - толщина миометрия 3 мм и более
 - предлежание плаценты
 - ослабление сосудистого рисунка
404. ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ III СТАДИИ НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИИ СИНТЕТИЧЕСКИХ КОЛЛОИДОВ СОСТАВЛЯЕТ (В Л):
- 3,1-3,5

- 2,1-3,0

- 1,0-2,0

- 0,5-0,9

405. К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ

- гистеросальпингография

- гистероскопия

- кольпоскопия

- 3D-УЗИ

406. В ЛЮТЕИНОВУЮ ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НАРАСТАЕТ ПРОДУКЦИЯ

- пролактина

- эстрадиола

- прогестерона

- кортизола

407. ОСНОВНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- установление регулярного "пика" экскреции ЛГ

- подавление гонадотропной функции гипофиза

- угнетение ритма выделения ФСГ

- активация гормональной функции яичников

408. ПРИ ВЗЯТИИ МАТЕРИАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ:

- в день взятия мазков женщина должна спринцеваться несколько раз

- мазки берутся из уретры, влагалища и цервикального канала

- мазки допустимо брать после назначения антибактериальных препаратов

- до взятия мазков женщина должна помочиться

409. ДЛИНА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ У ЖЕНЩИНЫ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ):

- 10-12

- 13-14

- 8-9

- 6-7

410. ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ИЗ ПОЛОСТИ МАТКИ МИКОПЛАЗМ ИЛИ ХЛАМИДИЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- клиндамицина

- линкомицина

- ампициллина

- доксициклина

411. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРОВОДЯТ С

- пельвиоперитонитом

- маститом

- гематометрой

- синдромом Ашермана

412. РАЗЛИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ В

- постменопаузе

- репродуктивном периоде

- подростковом возрасте

- детском возрасте

413. ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В I ТРИМЕСТРЕ РАЗРЕШЕН ПРЕПАРАТ:

- далацин
- тержинан
- гексикон
- пимафуцин

414. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- ультразвуковое исследование органов малого таза
- диагностическая лапароскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- гистеросальпингография

415. К УЗИ-ПРИЗНАКАМ НАРУШЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ В МИОМАТОЗНОМ УЗЛЕ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОТНЕСЕНО:

- появление неравномерности стромы в узле при УЗИ
- снижение кровотока при цветном доплеровском картировании
- увеличении объема узла вследствие отека при УЗИ
- усиление кровотока при цветном доплеровском картировании

416. ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ В СЛУЧАЕ НЕБОЛЬШОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯИЧНИКА ПРОИЗВОДИТСЯ:

- диатермокоагуляция яичника под контролем лапароскопии
- лапаротомия и ушивание яичника
- лапаротомия и удаление придатков матки на стороне поражения
- ушивание яичника под контролем лапароскопии

417. НЕОБХОДИМЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- гистероскопия
- ультразвуковое исследование
- гистеросальпингография
- МРТ с контрастированием

418. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ _____ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ:

- коагуляции яичников
- двусторонней биопсии яичников
- резекции яичников в пределах здоровых тканей
- дреллинга

419. ПРИ ЦВЕТОВОМ ДОПЛЕРОВСКОМ КАРТИРОВАНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КРОВОТОК:

- высокоскоростной
- низкорезистентный
- "мозаичный"
- "бедный" и умеренно выраженный с единичными цветовыми сигналами по периферии

#

420. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ С ЦЕЛЬЮ ГЕМОСТАЗА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ:

- антибактериальные препараты
- ингибиторы фибринолиза
- ингибиторы протонной помпы
- антикоагулянты непрямого действия

421. ДЛЯ КЛИНИКИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ С ПЕРЕГОРОДКОЙ ПОЛОСТИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО:

- первичная аменорея
- невозможность жить половой жизнью
- привычное невынашивание

- вторичная аменорея
422. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕВОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ТЕЛАРХЕ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ):
- 11
 - 9
 - 8
 - 10
423. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- пропаганда здорового образа жизни
 - санитарно-просветительская работа
 - контрацепция
 - вакцинация
424. К ВОЗМОЖНЫМ НАРУШЕНИЯМ ПУБЕРТАТА У ДЕВОЧЕК ОТНОСЯТ
- развитие ожирения
 - преждевременное половое развитие
 - повышение интеллектуальных способностей
 - появление акне
425. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОТНОСЯТ ДЕВОЧЕК
- практически здоровых
 - с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной патологии
 - с гинекологическими заболеваниями
 - с нарушением полового развития
426. РАЗВИТИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ТАННЕРУ НА ___ СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ, УВЕЛИЧЕНИЕМ ДИАМЕТРА АРЕОЛЫ, И ЖЕЛЕЗА НАЧИНАЕТ ВЫСТУПАТЬ НАД ПОВЕРХНОСТЬЮ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:
- 4
 - 2
 - 1
 - 3
427. ШКАЛА ОЦЕНКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ДЕВОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ:
- развития молочных желез
 - развития подмышечного оволосения
 - скорости роста
 - костного возраста
428. ПРИЧИНОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- облучение головы
 - гипотиреоз
 - краниофарингиома
 - гидроцефалия
429. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА КОНТРАЦЕПТИВА ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С УГРЕВОЙ СЫПЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:
- марвелон
 - медиана
 - ярина
 - джес
430. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- впч-инфицирование
 - иммунодефицитное состояние
 - дисфункция яичников

- аномальное маточное кровотечение

431. ЭКТОПИЯ ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ НА ШЕЙКЕ МАТКИ ЭПИТЕЛИЯ

- метапластического

- атрофического

- цилиндрического

- многослойного плоского

432. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПОДСИСТЕМЫ АРХИВАЦИИ, ПЕРЕДАЧИ И УПРАВЛЕНИЯ ИЗОБРАЖЕНИЯМИ (ПАКС, РИС) НА РАСШИРЕННОМ УРОВНЕ РАЗВИТИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- интеграцию систем с обменом информации только для отдельных диагностических аппаратов

- исключительно персонифицированный учет выполненных пациенту диагностических исследований

- передачу из электронной медицинской карты (ЭМК) в ПАКС/ РИС только направлений на исследования (без автоматического возвращения результата)

- полную интеграцию систем с возможностью автоматической передачи всех диагностических назначений из электронной медицинской карты (ЭМК) в ПАКС/ РИС и возвращение в ЭМК результатов диагностических исследований

433. ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЛАБОРАТОРНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДСИСТЕМЫ (ЛИС) НА РАСШИРЕННОМ УРОВНЕ РАЗВИТИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- возможность автоматической передачи всех назначений анализов из электронной медицинской карты (ЭМК) в ЛИС и, обратно, результатов анализов из ЛИС в ЭМК

- возможность взаимодействия между электронной медицинской картой (ЭМК) и ЛИС только в одностороннем порядке: автоматическая передача назначений на лабораторную диагностику из ЭМК в ЛИС (без возвращения результатов исследований назад, в ЭМК)

- возможность взаимодействия между ЭМК и ЛИС только для отдельных лабораторных анализаторов

- исключительно персонифицированный учет в ЛИС перечня лабораторных тестов, выполненных пациенту

434. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДОКУМЕНТОВ НЕ СОДЕРЖИТ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- направление на консультацию в диагностический центр

- результат лабораторного исследования

- сведения о причинах временной нетрудоспособности

- эпикриз случая заболевания пациента

435. ДЛЯ ЭТАПНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ ОСНОВНЫМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ

- имеет хроническое течение с периодами обострения и ремиссии

- послужила причиной госпитализации

- стало причиной назначения лечебно-диагностических мероприятий

- явилось причиной обращения к врачу

436. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ:

- крупные размеры плода

- отсутствие эффекта от подготовки шейки матки к родам

- срок беременности 42 недели

- преждевременное излитие околоплодных вод

437. СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- беременность в результате изнасилования
- наличие инвалидности I-II группы у мужа
- низкий социально-экономический статус женщины
- пребывание женщины в местах лишения свободы

438. НАИБОЛЕЕ АГРЕССИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ:

- промежности
- больших половых губ
- клитора
- малых половых губ

Этап 2. Определение уровня практической подготовки

Проверка уровня и качества освоения практических навыков и умений – второй этап итоговой аттестации. Проверяются навыки и умения, соответствующие квалификационным характеристикам врача-акушера-гинеколога.

Данный этап итоговой аттестации проводится в помещении для симуляционного обучения, оборудованное фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства. Контроль деятельности ординатора, оценка уровня его практической подготовки осуществляется членами экзаменационной комиссии.

Обучающийся демонстрирует степень освоения им алгоритма обследования пациента, способность составить план обследования и трактовать полученные результаты, назначить адекватное лечение в соответствии с современными рекомендациями, определить реабилитационное и профилактические направления в лечении. Обязательным компонентом оценки усвоения практических навыков является собеседование с преподавателем, в ходе которого обучающийся отвечает на 3 вопроса практической направленности. Каждый вопрос оценивается независимо.

1. Определение "зрелости" шейки матки и готовности организма к родам
2. Техника амниотомии, особенности амниотомии при многоводии.
3. Техника эпизио-, перинеотомии
4. Техника зашивания разрывов промежности 3 степени, ведение в послеоперационном периоде.
5. Техника ручного отделения плаценты и выделения последа. Тактика при выявлении вращающейся плаценты.
6. Прерывание беременности в поздние сроки
7. Кардиотокография: Определение базального ритма. Определение variability базального ритма. Определение характера и частоты акцелераций. Определение характера и частоты децелераций.
8. Определение срока беременности и родов
9. Приёмы Леопольда-Левицкого
10. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды): ведение первого периода родов
11. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды): ведение второго периода родов
12. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды): ведение третьего периода родов
13. Взятие отделяемого из уретры, цервикального канала и влагалища для бактериоскопического исследования
14. Взятие эпителиальных соскобов с шейки матки для цитологического исследования

15. Кольпоскопия: простая, расширенная. Классификация кольпоскопических терминов
16. Взятие аспирата из полости матки
17. Пункция брюшной полости через задний свод
18. Техника артификального аборта
19. Медикаментозное прерывание беременности
20. Оценка степени развития молочных желез (В 1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру
21. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки
22. Техника тубэктомии
23. Техника аднексэктомии
24. Техника резекции яичника
25. Техника консервативной миоэктомии.
26. Техника надвлагалищной ампутация матки без придатков.
27. Техника надвлагалищной ампутации матки с придатками.
28. Техника экстирпации матки с придатками
29. Техника экстирпации матки без придатков
30. Техника операции кесарево сечения

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ВОПРОСЫ

1. Определение "зрелости" шейки матки и готовности организма к родам.

Эталон ответа. Степень зрелости шейки матки определяется в соответствии со шкалой Бишопа в баллах. Учитывается открытие шейки матки, ее длина, плотность, расположение к оси таза, положение головки.

2. Техника амниотомии, особенности амниотомии при многоводии.

Эталон ответа. Уложить роженицу, обработать наружные половые органы, сделать бимануальное исследование, под контролем внутренней руки между средним и указательным пальцами ввести амниотом (при многоводии максимально высоко) и разорвать плодный пузырь, воды медленно выпустить.

3. Техника эпизио-, перинеотомии.

Эталон ответа. Обработать руки и наружные половые органы, провести анестезию, вне потуги браншу с тупым концом под контролем пальца вводят по направлению предполагаемого разреза между подлежащей частью плода и стенкой влагалища, разрез проводят на высоте потуги.

4. Техника зашивания разрывов промежности 3 степени, ведение в послеоперационном периоде.

Эталон ответа. Проведение антибиотикопрофилактики. Восстановление разрывов промежности III степени начинается с восстановления стенки прямой кишки. В асептических условиях накладывают отдельные швы шелком на слизистую оболочку прямой кишки с погружением узлов в ее просвет, узлы завязывают в просвет раны. Затем ПГА сопоставляют мышечную стенку прямой кишки. Вторым этапом является восстановление сфинктера прямой кишки. Необходимо отыскать и извлечь зажимом сократившиеся части круговой мышцы и восстановить ее целостность несколькими матрацными швами (ПГА). После этого меняют инструменты, обрабатывают руки и приступают к наложению шва на угол раны влагалища. Затем накладывают погружные швы на мышцы промежности и однорядные швы на кожу.

5. Техника ручного отделения плаценты и выделения последа. Тактика при выявлении вращающейся плаценты.

Эталон ответа. В асептических условиях по пуповине ввести руку в перчатке в матку до плаценты, найти край плаценты, пилящими движениями отделить плаценту от матки (не прилагая чрезмерных усилий), не извлекая руку из матки, наружной рукой извлечь

плаценту, проконтролировать целостность последа, контролировать стенки матки рукой, находящейся в матке, убедиться в целостности стенок матки и отсутствии остатков плаценты, сделать легкий массаж матки, если она недостаточно плотная, вывести руку из матки. При вращении последа – лапаротомия.

6.Прерывание беременности в поздние сроки.

Эталон ответа. В сроках от 12 до 21 недели 6 дней: Мифепристон 200 мг внутрь однократно, через 12 – 48 часов Мизопростол 800 мкг однократно во влагалище, затем повторно в дозе 400 мкг во влагалище или под язык каждые 3 часа (до прерывания беременности), но не более 4 раз. При сроке 22 и более недель беременности: остановка сердечной деятельности плода; Мифепристон 200 мг внутрь однократно, через 12 – 48 часов Мизопростол 200 мкг во влагалище или под язык каждые 4 - 6 часов (до прерывания беременности), но не более 5 раз. При сроке беременности 28 недели + 0 дней и более: Мифепристон 200 мг внутрь однократно, через 12 – 24 часов Мизопростол 25 мкг во влагалище или под язык каждые 2 часа (до прерывания беременности), но не более 4 раз.

7.Кардиотокография: Определение базального ритма. Определение variability базального ритма. Определение характера и частоты акцелераций. Определение характера и частоты децелераций.

Эталон ответа. Кардиотокография (КТГ) – метод оценки функционального состояния плода, основанный на изучении сердечного ритма и его изменений в ответ на шевеление плода или сокращения матки. Базальный ритм - это средняя частота сердцебиения плода, сохраняющаяся неизменной в течение 10 и более минут без учета эпизодов акцелерации и децелераций. Выражается этот показатель в ударах/мин. При физиологическом состоянии плода продолжительность сердечных циклов постоянно подвержена небольшим изменениям. Это называется variability, которая отражает реактивность автономной нервной системы плода. В связи с определенной периодичностью в направлении и размере этих изменений они отражаются в осцилляциях сердечного ритма около среднего уровня. Под акцелерациями подразумевают преходящее повышение сердечного ритма на 15 ударов/мин и более, продолжительностью не менее 15 сек. Децелерации представляют собой преходящие эпизоды урежения ЧСС плода на 15 ударов/мин и более продолжительностью 15 сек и более.

8.Определение срока беременности и родов.

Эталон ответа. По регулярным месячным: необходимо к дате первого дня последней менструации прибавить 40 недель или от первого дня последней менструации отнять 3 месяца и прибавить 7 дней. По УЗИ в 9 – 13 недель беременности по КТГ.

9.Приёмы Леопольда-Левицкого.

Эталон ответа. Первым приемом определяют высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится в дне. Ладони обеих рук располагаются на дне матки, концы пальцев рук направлены, друг к другу, но не соприкасаются. Установив высоту стояния дна матки по отношению к мечевидному отростку или пупку, определяют часть плода, находящуюся в дне матки. С помощью второго приема Леопольда—Левицкого определяют положение, позицию и вид плода. Кисти рук сдвигаются с дна матки на боковые поверхности матки (примерно до уровня пупка). Ладонными поверхностями кистей рук производят пальпацию боковых отделов матки. Получив представление о расположении спинки и мелких частей плода, делают заключение о позиции плода. Если мелкие части плода пальпируются и справа и слева, можно подумать о двойне. Спинка плода определяется как гладкая, ровная, без выступов поверхность. При спинке, обращенной кзади (задний вид), мелкие части пальпируются более отчетливо. Установить вид плода при помощи этого приема в ряде случаев бывает сложно, а иногда и невозможно. С помощью третьего приема определяют предлежащую часть и отношение ее ко входу в малый таз. Прием проводят одной правой рукой. При этом большой палец максимально отводят от остальных четырех. Предлежащую часть захватывают между большим и средним

пальцами. Этим приемом можно определить симптом баллотирования головки. Если предлежащей частью является тазовый конец плода, симптом баллотирования отсутствует. Третьим приемом до известной степени можно получить представление о величине головки плода. Четвертым приемом Леопольда—Левицкого определяют характер предлежащей части и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза. Для выполнения данного приема врач поворачивается лицом к ногам обследуемой женщины. Кисти рук располагают латерально от средней линии над горизонтальными ветвями лобковых костей. Постепенно продвигая руки между предлежащей частью и плоскостью входа в малый таз, определяют характер предлежащей части (что предлежит) и ее местонахождение. Головка может быть подвижной, прижатой ко входу в малый таз или фиксированной малым или большим сегментом.

10. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды): ведение первого периода родов.

Эталон ответа. Необходимо следить за развитием регулярной родовой деятельности, сердцебиением плода, продвижением предлежащей части. Для оценки характера регулярной родовой деятельности определяют длительность, интенсивность, периодичность. Контроль АД каждые 4 часа, пульс – каждые 30 мин, ЧСС плода – каждые 30 минут, осмотр каждые 4 часа, ведение партограммы, контроль диуреза.

11. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды): ведение второго периода родов.

Эталон ответа. Необходимо следить за родовой деятельностью, сердцебиением плода, продвижением предлежащей части. Для оценки характера регулярной родовой деятельности определяют длительность, интенсивность, периодичность потуг. Контроль АД каждые 4 часа, пульс – каждые 30 мин, ЧСС плода – каждые 5 минут, осмотр каждые 2 часа, ведение партограммы, диурез.

12. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды): ведение третьего периода родов.

Эталон ответа. Контроль АД каждые 4 часа, пульс – каждые 30 мин, контроль признаков отделения последа, утеротоники после рождения плода, контроль кровопотери, контролируемые тракции пуповины.

13. Взятие отделяемого из уретры, цервикального канала и влагалища для бактериоскопического исследования.

Эталон ответа. Первоначально берется материал из уретры, затем цервикального канала и влагалища. Забор материала из уретры: бактериологическую петлю ввести в уретру на 2-3 см, плоскость «глазка» петли продвигать к отверстию, слегка нажимая на заднюю и боковую стенки уретры. Извлечь петлю, положить ее на поверхность предметного стекла, передвигая по нему несколько раз с легким нажатием. Ввести зеркало в сомкнутом состоянии на всю глубину влагалища, раскрыть и фиксировать в таком положении с помощью замка. Забор материала из влагалища для приготовления нативного мазка: бактериологическую петлю ввести в задний или боковой свод влагалища, произвести взятие материала. На предметное стекло нанести несколько капель теплого физиологического раствора. Вагинальные выделения перемешать с каплями физиологического раствора, накрыть покровным стеклом и направить в лабораторию. Забор материала цервикального канала: ложечку Фолькмана ввести в цервикальный канал на 1-2 см, вращать несколько раз. Полученный материал нанести на предметное стекло и сделать тонкий ровный мазок в виде горизонтального штриха. Высушить на воздухе.

14. Взятие эпителиальных соскобов с шейки матки для цитологического исследования

Эталон ответа. Материал на шпатель с эктоцервикса наносится одним движением тонким слоем на один край предметного стекла. Материал на цитологической щеточке наносится на другой край предметного стекла, двигаясь к нижнему краю стекла и одновременно ротируя щеточку.

15. Кольпоскопия: простая, расширенная. Классификация кольпоскопических терминов

Эталон ответа. Кольпоскопия (вагиноскопия, вульвоскопия) - диагностический метод для определения патологических состояний влагалищной части шейки матки, цервикального канала, влагалища и наружных половых органов путем их осмотра с помощью специальных оптических приборов (кольпоскопов). Позволяет произвести прицельную биопсию с подозрительных участков.

а) простая кольпоскопия - показана в начале исследования и является ориентировочной; с ее помощью определяют форму и величину шейки матки, наружного зева, цвет и рельеф слизистой оболочки, переходную зону плоского цилиндрического эпителия, сосудистый рисунок. При необходимости переходят на расширенную кольпоскопию.

б) расширенная кольпоскопия - основана на использовании фармакологических средств для выявления структурных изменений ткани на уровне клетки и ее компонентов. Так, при обработке шейки матки 3% раствором уксусной кислоты или 0,5% раствором салициловой кислоты возникает отек эпителия, набухание поверхностных клеток, уменьшение кровоснабжения тканей за счет сокращения подэпителиальных сосудов, что способствует более четкому обнаружению патологических изменений. Обработывая влагалищную часть шейки матки раствором Люголя (проба Шиллера) можно заметить, что клетки с достаточным количеством гликогена окрашиваются в темно-коричневый цвет, а клетки с его дефицитом остаются бледными.

16. Взятие аспирата из полости матки

Эталон ответа. Материал для цитологического исследования получают в ходе так называемой аспирационной биопсии. Этот метод заключается во введении в полость матки специальной канюли (тупоконечной иглы) и создании на одном из ее концов отрицательного давления для аспирации фрагмента эндометрия.

17. Пункция брюшной полости через задний свод

Эталон ответа. С помощью зеркала и подъемника выделяют вагинальную часть шейки матки и тоже обрабатывают йодом. Переднюю губу пулевыми щипцами подтягивают вперед, при этом зеркалом надавливают на задний свод так, чтобы максимально выделить задний свод. Иглу с подсоединенным шприцем располагают строго по срединной линии, на 1 см.

18. Техника искусственного аборта

Эталон ответа. Медицинский аборт выполняют в малой операционной в положении женщины на гинекологическом кресле. Набор инструментов включает влагалищные зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, комплект расширителей Гегара № 4–12, кюретки № 6, 4, 2, щипцы для удаления плодного яйца (абортанг), пинцет (или корнцанг), стерильный материал.

Последовательность действий при операции.

1. Проводят двуручное влагалищноабдоминальное исследование для определения величины матки, её положения в малом тазу и для исключения противопоказаний к операции.

2. Обрабатывают наружные половые органы, влагалище и шейку матки раствором йодоната или другим антисептиком.

3. Вводят зеркала во влагалище.

4. Берут шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу. Переднее зеркало удаляют, заднее передают ассистенту, сидящему слева. Для выпрямления шеечного канала шейку подтягивают книзу и кзади (при положении матки в *anteflexio*) или кпереди (при положении матки в *retroflexio*).

5. Вводят в полость матки маточный зонд для уточнения положения матки и измерения длины её полости. Кривизна маточного зонда и глубина его введения определяют направление введения расширителей Гегара до № 11–12.

6. Вводят расширители Гегара последовательно несколько дальше внутреннего зева. Введение расширителей способствует растяжению мышцы шейки матки. Попытка фиксированного введения расширителей может привести к разрывам и перфорации шейки

и тела матки. Каждый расширитель удерживают тремя пальцами с тем, чтобы с большой осторожностью пройти внутренний зев и прекратить движение расширителя сразу же после преодоления сопротивления зева. Если возникает трудность при введении расширителя последующего номера, возвращаются к предыдущему, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу шейки матки и удерживают расширитель в шейке матки в течение некоторого времени.

7. Удаляют плодное яйцо с помощью кюреток и абортцанга. Абортцангом удаляют части плодного яйца. Выскабливание начинают тупой кюреткой № 6, затем по мере сокращения матки и уменьшения её размеров используют более острые кюретки меньшего размера. Кюретку осторожно вводят до дна матки и движениями по направлению к внутреннему зеву последовательно по передней, правой, задней и левой стенкам отделяют плодное яйцо от его ложа. Одновременно отделяют и удаляют оболочки. Проверив острой кюреткой область трубных углов, операцию заканчивают.

В случае полного удаления плодного яйца при выскабливании ощущают хруст, матка хорошо сокращается, кровотечение останавливается. Средняя кровопотеря при прерывании беременности при сроке 6–9 нед составляет около 150 мл.

Полноту опорожнения матки от элементов плодного яйца целесообразно контролировать с помощью УЗИ (особенно у нерожавших).

После искусственного прерывания беременности женщин с резусотрицательной кровью иммунизируют иммуноглобулином человека антирезус Rho (D).

Длительность пребывания в лечебном учреждении после аборта определяют индивидуально в зависимости от состояния здоровья женщины.

19. Медикаментозное прерывание беременности

Эталон ответа. Определение срока беременности на основании анамнеза, клинических данных, теста на беременность, данных влагалищного исследования, УЗИ.

2. Исключение у пациентки противопоказаний к применению препаратов в соответствии с перечнем противопоказаний.

3. Получение информированного согласия на проведение медикаментозного аборта (см приложение).

3. Пациентка принимает 600 мг мифепристона перорально в присутствии врача, который его прописал, после чего находится под наблюдением в течение 2 часов. Недавние исследования показали, что дозу мифепристона без потери эффективности можно снизить до 200 мг, это наиболее предпочтительная доза.

Второй визит

Через 36 – 48 час женщина принимает мизопропростол 400 мг перорально, лучше сублингвально, наблюдение врача в течение 3 - 4 часов амбулаторно или в дневном стационаре, при пероральном приеме – до 6 час. При желании женщина может находиться дома, иметь контактный телефон врача для консультации. В информированном согласии в таком случае должно быть предусмотрено течение аборта без наблюдения медперсонала. Проводится беседа об ожидаемом кровотечении, выходе элементов плодного яйца, о распознавании осложнений и о возможности круглосуточной помощи при их развитии. На дому пациентка по рекомендации врача может применить обезболивание нестероидными противовоспалительными средствами (НПС), спазмолитики в связи со схваткообразными болями в животе, осуществляет контроль экспульсии эмбриона. Женщины с отрицательным резус-фактором крови обязательно одновременно с введением простагландина необходимо введение Rh-иммуноглобулина для профилактики Rh-сенсibilизации.

Третий визит

Оценка эффективности МА через 10 – 14 дней методом УЗИ для подтверждения полного завершения аборта. Возможно обнаружение лютеиновых кист яичников, которые могут сохраняться до 3-х месяцев. Фертильность восстанавливается через 7 дней. Поэтому важно обсудить применение надежного метода контрацепции.

20. Оценка степени развития молочных желез (В 1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру

Эталон ответа.

СТАДИЯ 1. Нет увеличения молочных желез и роста на лобке, наружные гениталии детского типа, начало роста яичников, рН влагалища 6,0-7,0.

СТАДИЯ 2. Развитие молочной железы до стадии бутона (Ма1-2), оволосение лобка Р1-2, ускорение роста тела, преимущественное расширение бедер, увеличение накопления жировой ткани.

СТАДИЯ 3. Молочная железа и оволосение лобка соответствует Ма3 и Р3, увеличение влагалища с утолщением эпителия и отложением гликогена в его клетках. Снижение рН влагалища до 4,0-5,0 и появление во влагалищном содержимом палочек Додерлейна. Максимальное ускорение роста тела.

СТАДИЯ 4. Появление оволосения в подмышечных впадинах, начало менструаций, оволосение лобка и развитие молочной железы соответственно до Р3 и Ма.3. Продолжение увеличения яичников.

СТАДИЯ 5. Молочные железы и оволосение лобка соответствует Ма.3 и Р3. Уменьшение скорости роста, возникновение регулярных овуляций.

21. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки

Эталон ответа. Раздельное диагностическое выскабливание проводится в условиях стационара при строгом соблюдении правил асептики и антисептики.

2. Обезболивание: местная парацервикальная анестезия 0,25% раствором новокаина или масочный наркоз (окись азота, фторотан).

3. После дезинфекции наружных половых органов и влагалища шейку матки обнажают при помощи зеркал, обрабатывают спиртом и за переднюю губу захватывают пулевыми щипцами. Если матка в ретрофлексии, то лучше захватить шейку за заднюю губу.

4. Производят зондирование полости матки и расширение шейки расширителями Гегара до № 9-10. Расширители вводят, начиная с малых номеров, только силой пальцев руки, а не всей рукой. Расширитель не доводят до дна матки, достаточно провести его за внутренний зев. Каждый расширитель надо оставить в канале на несколько секунд; если последующий расширитель входит с большим трудом, то следует еще раз ввести предыдущий расширитель.

5. Сначала производят выскабливание слизистой оболочки цервикального канала, не заходя за внутренний зев. Соскоб собирают в отдельную пробирку.

6. После выскабливания слизистой цервикального канала приступают к выскабливанию стенок полости матки, используя для этого острые кюретки разных размеров. Кюретку следует держать свободно, без упора на рукоятку. В полость матки ее осторожно вводят до дна матки, затем нажимают на рукоятку кюретки, чтобы петля скользила по стенке матки, и выводят ее сверху вниз к внутреннему зеву. Для выскабливания задней стенки, не извлекая кюретки из полости матки, поворачивают ее осторожно на 180°. Выскабливание производят в определенном порядке: сначала выскабливают переднюю стенку, затем левую боковую, заднюю, правую боковую и углы матки. Соскоб собирают в другую пробирку, две пробирки подписывают, отмечая, откуда соскоб, и отправляют на гистологическое исследование.

7. После выскабливания больную на каталке доставляют в палату. Назначают холод на низ живота. Через 2 часа разрешают вставать. Выписывают под наблюдение женской консультации на 3 день, если нет осложнений.

22. Техника тубэктомии

Эталон ответа. Последовательность действий врача при выполнении операции:

- послойный разрез передней брюшной стенки (по Пфанненштилю или нижнесрединная лапаротомия) после обработки операционного поля;
- осмотр внутренних половых органов и оценка их состояния;
- выведение матки и придатков в рану, фиксация матки лигатурой;

- наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы;
- иссечение маточной трубы и лигирование сосудов;
- перитонизация круглой маточной связкой;
- туалет и ревизия органов брюшной полости;
- подсчет тампонов и инструментов;
- послойное ушивание раны передней брюшной стенки;
- определение объема кровопотери.

23. Техника аднексэктомии

Эталон ответа. - послойный разрез передней брюшной стенки (по Пфанненштилю или нижнесрединная лапаротомия) после обработки операционного поля;

- осмотр внутренних половых органов и оценка их состояния;
- выведение матки и придатков в рану, фиксация матки лигатурой;
- наложение зажимов на подвешивающую связку, маточный отдел трубы и собственную связку яичника;
- удаление придатков матки и лигирование сосудов;
- осмотр удаленного препарата и его внутренней выстилки, срочное цитогистологическое исследование;
- перитонизация круглой маточной связкой и листками широких связок;
- туалет и ревизия органов брюшной полости;
- подсчет тампонов и инструментов;
- послойное ушивание раны передней брюшной стенки;
- определение объема кровопотери.

24. Техника резекции яичника

Эталон ответа. Техника резекции яичника в значительной мере зависит от размеров, локализации, наличия единичных или множественных патологических образований яичника.

резекцию яичника проводят в четыре этапа: 1. Отсечение и вылушивание кист, узлов.

2. Восстановление дефектов яичника и гемостаз.

3. Извлечение кист или других патологических образований.

4. Гемостаз и санация брюшной полости.

25. Техника консервативной миомэктомии

Эталон ответа: Техника миомэктомии в значительной мере зависит от размеров, локализации, наличия единичных или множественных узлов. Консервативную миомэктомию проводят в четыре этапа: 1. Отсечение и вылушивание миоматозных узлов.

2. Восстановление дефектов миометрия.

3. Извлечение миоматозных узлов.

4. Гемостаз и санация брюшной полости.

26. Техника надвлагалищной ампутации матки без придатков.

Эталон ответа. Лапаротомия. В рану вводятся ранорасширители, органы брюшной полости отграничиваются салфетками, производится осмотр матки и придатков и намечается объем оперативного вмешательства. Мобилизация матки: клеммирование, рассечение и лигирование маточных труб, собственных связок яичников и круглых маточных связок с обеих сторон. Рассечение пузырно-маточной складки и ее низведение. Клеммирование, пересечение и перевязка маточных сосудов с обеих сторон. Матка отсекается выше лигатур. Перитонизация.

27. Техника надвлагалищной ампутации матки с придатками.

Эталон ответа. Лапаротомия. Мобилизация матки: после выведения матки клеммировать подвешивающую (воронкотазовую) связку яичника и круглую связку, рассечь, затем лигировать. Рассечение пузырно-маточной и низведение ее. Клеммирование, пересечение и перевязка маточных сосудов с обеих сторон. Матка отсекается выше лигатур на сосудистых пучках, затем ушивается культя шейки матки. Перитонизация осуществляется за счет брюшины пузырно-маточной складки и листков широких связок

матки непрерывным кетгутовым швом. По окончании перитонизации производят туалет брюшной полости и зашивают брюшную стенку послойно наглухо.

28. Техника экстирпации матки с придатками.

Эталон ответа. Вскрытие брюшной полости, выведение матки с придатками в рану, наложение зажимов на круглые, воронкотазовые связки и маточные трубы с обеих сторон, их пересечение и лигирование культей. В поперечном направлении вскрывают брюшину в области пузырно-маточной складки. Мочевой пузырь частично острым, частично тупым путем отслаивают книзу до уровня переднего свода влагалища. Матку максимально приподнимают кпереди и производят разрез брюшины, покрывающей заднюю поверхность надвлагалищной части шейки над местом прикрепления крестцово-маточных связок. Брюшина тупо отслаивается пальцем или тупфером до границы влагалищной части шейки матки. После отделения брюшины от шейки матки сзади накладываются зажимы на крестцово-маточные связки с обеих сторон, последние пересекаются и лигируются ПГА. Для перевязки маточных артерий отводят книзу брюшину по ребрам матки, доводя ее до уровня влагалищных сводов. Несколько ниже внутреннего зева матки, отступя кнаружи, накладываются зажимы на сосудистые пучки с обеих сторон, выше накладываются контржелезники. Сосудистые пучки между зажимами пересекаются и несколько отодвигаются книзу и латерально, чтобы не мешать последующему удалению матки, а затем перевязываются кетгутом. Нижние отделы матки освобождают от окружающих тканей путем отслаивания их за пределы шейки матки. После перевязки сосудов и освобождения матки от окружающих тканей передний влагалищный свод захватывается зажимом, приподнимается кверху и вскрывается ножницами. В разрез вводят марлевую полоску, смоченную иодонатом, и пинцетом проводят ее во влагалище. Через образованное отверстие по влагалищным сводам накладывают зажимы, при этом предварительно влагалищную порцию шейки матки захватывают щипцами Мюзо и выводят последнюю через разрез в рану, после чего отсекают матку от влагалищных сводов выше наложенных зажимов. Зажимы, оставшиеся на культе влагалища, заменяются ПГА лигатурами. Культи влагалища зашиваются отдельными ПГА швами, причем просвет влагалища можно закрыть полностью (если операция прошла чисто) или оставить открытым (если необходимо получить отток из параметральных отделов, когда операция проводилась в заведомо инфицированных условиях). Оставшаяся открытой верхняя часть влагалища выполняет роль кольпотомического отверстия и обеспечивает бестампонное дренирование. Для этого зашивание влагалищной культи производится так, что передний листок брюшины подшивают к переднему краю культи влагалища, а задний - к заднему. Таким образом отграничиваются предпузырные и прямокишечные отделы параметрия от влагалища. После зашивания влагалища выполняют обычную перитонизацию: на передний и задний листки брюшины накладывают непрерывный кетгутовый шок, кисетным швом с обеих сторон закрывают культи придатков. Проводится туалет брюшной полости, брюшная стенка зашивается послойно наглухо. Затем из влагалища извлекается марлевая полоска, введенная во время операции, влагалище осушается стерильными тампонами, обрабатывается спиртом, катетером выводится мочи.

29. Техника экстирпации матки без придатков.

Эталон ответа. Вскрытие брюшной полости, выведение матки с придатками в рану, наложение зажимов на круглые, собственные связки яичников и маточные трубы с обеих сторон, их пересечение и лигирование культей. В поперечном направлении вскрывают брюшину в области пузырно-маточной складки. Мочевой пузырь частично острым, частично тупым путем отслаивают книзу до уровня переднего свода влагалища. Матку максимально приподнимают кпереди и производят разрез брюшины, покрывающей заднюю поверхность надвлагалищной части шейки над местом прикрепления крестцово-маточных связок. Брюшина тупо отслаивается пальцем или тупфером до границы влагалищной части шейки матки. После отделения брюшины от шейки матки сзади

накладываются зажимы на крестцово-маточные связки с обеих сторон, последние пересекаются и лигируются ПГА. Для перевязки маточных артерий отводят книзу брюшину по ребрам матки, доводя ее до уровня влагалищных сводов. Несколько ниже внутреннего зева матки, отступя кнаружи, накладывают зажимы на сосудистые пучки с обеих сторон, выше накладываются контржелезцы. Сосудистые пучки между зажимами пересекаются и несколько отодвигаются книзу и латерально, чтобы не мешать последующему удалению матки, а затем перевязываются кетгутом. Нижние отделы матки освобождают от окружающих тканей путем отслаивания их за пределы шейки матки. После перевязки сосудов и освобождения матки от окружающих тканей передний влагалищный свод захватывается зажимом, приподнимается кверху и вскрывается ножницами. В разрез вводят марлевую полоску, смоченную иодонатом, и пинцетом проводят ее во влагалище. Через образованное отверстие по влагалищным сводам накладывают зажимы, при этом предварительно влагалищную порцию шейки матки захватывают щипцами Мюзо и выводят последнюю через разрез в рану, после чего отсекают матку от влагалищных сводов выше наложенных зажимов. Зажимы, оставшиеся на культе влагалища, заменяются ПГА лигатурами. Культи влагалища зашиваются отдельными ПГА швами, причем просвет влагалища можно закрыть полностью (если операция прошла чисто) или оставить открытым (если необходимо получить отток из параметральных отделов, когда операция проводилась в заведомо инфицированных условиях). Оставшаяся открытой верхняя часть влагалища выполняет роль кольпотомического отверстия и обеспечивает бестампонное дренирование. Для этого зашивание влагалищной культи производится так, что передний листок брюшины подшивают к переднему краю культи влагалища, а задний - к заднему. Таким образом отграничиваются предпузырные и прямокишечные отделы параметрия от влагалища. После зашивания влагалища выполняют обычную перитонизацию: на передний и задний листки брюшины накладывают непрерывный кетгутовый шок, кисетным швом с обеих сторон закрывают культи придатков. Проводится туалет брюшной полости, брюшная стенка зашивается послойно наглухо. Затем из влагалища извлекается марлевая полоска, введенная во время операции, влагалище осушается стерильными тампонами, обрабатывается спиртом, катетером выводится мочи.

30 Техника операции кесарева сечения.

Эталон ответа. Этапы операции кесарева сечения: лапаротомия; разрез матки; извлечение плода; ушивание матки; ушивание передней брюшной стенки.

- Оценка «отлично» выставляется обучающемуся быстро и правильно справляющемуся с решением практических задач, способному определить показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения больных, владеющему приемами и практическими навыками по изучаемой дисциплине в полном объеме.

- Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся справившемуся с решением практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения больных, однако допускающему несущественные неточности при выполнении практических навыков по изучаемой дисциплине.

- Оценка «удовлетворительно» ставится обучающемуся, который испытывает затруднения в решении практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований, способному определить план обследования и лечения больных, однако выполняющему практические навыки по изучаемой дисциплине в неполном объеме (но более 50%).

- Оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, который не в состоянии решить практические задачи, затрудняющемуся определить основные показания для проведения параклинических обследований, определить план обследования и лечения больных, не способному выполнить более 50% практических навыков по изучаемой

дисциплине. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут приступить к профессиональной деятельности по изучаемой дисциплине.

3 этап. Итоговое собеседование: по билету, содержащему 3 вопроса, а также решение типовой ситуационной задачи.

Типовые экзаменационные вопросы:

1. Современные методы диагностики беременности
2. Определение срока родов.
3. Оценка степени зрелости родовых путей.
4. Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
5. Биомеханизм родов в заднем виде затылочного предлежания
6. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.
7. Причины развития респираторного дистресс-синдрома плода Методы профилактики дистресс-синдрома плода.
8. Анатомически узкий таз. Определение, классификация по степени сужения таза.
9. Анатомически узкий таз. классификация узкого таза по форме сужения.
10. Биомеханизм родов при общеравномерносуженном тазе.
11. Клинически узкий таз. Причины формирования клинически узкого таза, диагностика.
12. Аномалии родовой деятельности. Классификация
13. Многоплодная беременность. Классификация.
14. Антибиотикопрофилактика при операции кесарево сечение
15. Классификация разрывов матки
16. Предлежание плаценты. Классификация. Группы риска по развитию предлежания плаценты
17. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Классификация. Группы риска по развитию ПОНРП.
18. Клиническая картина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
19. Возможные осложнения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
20. Этиопатогенез вращая плаценты. Классификация.
21. Клиника и диагностика вращая плаценты. Группы риска по развитию вращая плаценты
22. Клиника и диагностика гипотонического кровотечения в послеродовом периоде.
23. Группы риска по возникновению гипотонического кровотечения в послеродовом периоде.
24. Клиника эмболии околоплодными водами.
25. Рвота беременных. Клиническая картина, классификация. Лечение ранних токсикозов
26. Показания к прерыванию беременности при рвоте беременных.
27. Преэклампсия. Классификация по степени тяжести. Клиника.
28. Врачебная тактика при преэклампсии в зависимости от степени тяжести.
29. HELLP-синдром. Клиника, лабораторная диагностика. Врачебная тактика.
30. Методы исследования в гинекологии (тесты функциональной диагностики, кольпоцитология)
31. Острый жировой гепатоз беременных. Клиника. Врачебная тактика.
32. Эндоскопические методы исследования в гинекологии.
33. Методы исследования в гинекологии (цитологический метод диагностики заболеваний шейки матки).
34. Методы исследования в гинекологии (функциональные гормональные пробы).
35. Нейрогуморальная регуляция менструального цикла.
36. Бактериальный вагиноз (Диагностика. Лечение.Реабилитация).

37. Типы вагинальных мазков (микроскопическая характеристика) и их клиническое значение
38. Воспалительные заболевания органов малого таза. (Факторы риска. Классификация. Реабилитация).
39. Гонорея (Этиология. Классификация. Клиника гонореи нижних отделов урогенитального тракта. Диагностика. Лечение).
40. Воспалительные заболевания бартолиниевой железы. Лечение. Реабилитация
41. «Острый живот» в гинекологии. Причины. Реабилитация
42. Внематочная беременность. Классификация. Лечение. Реабилитация.
43. Внематочная беременность. Клиника. Диагностика. Реабилитация.
44. Апоплексия яичника. Причины. Классификация. Показания к лапаротомии. Реабилитация
45. «Острый живот» при нарушении кровообращения в опухоли яичника. (Этиология. Диагностика. Лечение. Реабилитация).
46. Эндометриоз. Определение. Основные теории патогенеза эндометриоза.
47. Эндометриоз. Диагностика и лечение. Реабилитация
48. Обезболивание в гинекологии при полостных и при влагалищных операциях.
49. Планирование семьи: задачи, цели. Требования, предъявляемые к контрацептивам.
50. Внутриматочная контрацепция: механизм действия, условия введения.
51. Гормональная контрацепция: механизм действия, показания.
52. Экстренная посткоитальная контрацепция: показания, методы. Эффективность.
53. Бесплодный брак - определение. Классификация. Этиология. Реабилитация.
54. Аменорея. Классификация.
55. Аменорея. Причины. Профилактика и реабилитация.
56. Синдром гиперторможения яичников (СГТЯ). Диагностика. Лечение. Реабилитация
57. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Современные представления о патогенезе СПКЯ. Цели лечения. Реабилитация
58. Аномальные маточные кровотечения. Классификация. Реабилитация и профилактика АМК у женщин репродуктивного возраста
59. Профилактика рака шейки матки. Скрининг рака шейки матки. Методы.
60. Опухолевидные образования яичников и истинные опухоли яичников. Цели лечения. Профилактика опухолей яичников. Скрининг.

Типовые ситуационные задачи:

Задача № 1.

Повторнородящая Н. 25 лет, поступила в родильный дом через 10 часов от начала регулярной родовой деятельности с доношенной беременностью. Предыдущие роды два года назад прошли нормально. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. АД 110/80 - 110/75 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота - 99 см, высота стояния дна матки - 35 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Положение плода продольное. Предлежат ягодичы, прижаты ко входу в таз. В области дна матки пальпируется головка плода. Сердцебиение плода определяется справа выше пупка, ясное, ритмичное, частота 132 уд. в 1 мин. Схватки интенсивные, через 3 минуты, продолжительностью 40 секунд. Данные влагалищного исследования: влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Во время исследования отошли околоплодные воды, интенсивно окрашенные меконием. Предлежат ягодичы. Межвертельная линия - в правом косом размере, крестец обращен кзади и вправо. Мелкие части плода и пуповина не определяются.

Вопросы:

1. Сформируйте диагноз.
2. Перечислите данные влагалищного исследования, подтверждающие диагноз.
3. План ведения родов.

4. Цель оказания пособия по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании.

5. В каких случаях приходится прибегать к классическому ручному пособию для освобождения головы плода.

6. Показания к кесареву сечению при ягодичном предлежании.

Задача № 2.

Роженица Е. 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 6 часов назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г., вторая – интранатальная гибель плода массой 2900 г. Первые роды длились 26 часов, вторые – 40 часов. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно: при поступлении общее состояние удовлетворительное, t - 37,4 С. Рост 152 см, масса тела 66 кг. Телосложение - правильное. Скелет - не деформирован. АД - 120/80 и 120/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, частота 78 уд. в 1 минуту. Внутренние органы без патологии. Живот овоидной формы, остроконечный. Окружность живота - 98 см, высота стояния дна матки над лоном - 35 см.

Размеры таза: 25-28-30-17 см.

Положение плода продольное, предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз. Признак Генкеля - Вастена "вровень" с симфизом.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в 1 минуту. Схватки средней силы, продолжительностью 30 секунд через 8-10 минут. отошли в умеренном количестве светлые воды.

Ориентировочная масса плода - 3430 г.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 5 - 6 см. Плодного пузыря нет. Головка плода - прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов - в поперечном размере входа в малый таз. Родовой опухоли на голове нет. Мыс крестца достигается.

Диагональная конъюгата - 9,5 см.

Дополнительные измерения: индекс Соловьева - 14,5, окружность таза - 78 см, боковые конъюгаты - по 13 см, высота симфиза - 4 см, лонный угол - тупой, размеры выхода таза - поперечный - 11 см, прямой - 7,5 см, межкостный размер - 10 см.

Ромб Михаэлиса - измененной формы - верхний треугольник очень низкий.

Длина овоида плода, измеренная тазомером - 24 см. (длина плода примерно 48-50 см).

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические признаки, устанавливающие диагноз в данном случае.

3. Прогноз и план ведения этих родов.

4. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Е. форме таза.

Задача № 3.

Роженица Н. 35 лет, поступила в роддом через 2 часа от начала схваток. Роды в срок. В приемном отделении родильного дома отошли околоплодные воды в умеренном количестве.

Наследственность не отягощена. В детстве перенесла детские инфекции, взрослой болела ангиной. Менструация появилась в 13 лет, безболезненная, умеренная, установилась сразу, продолжительностью 3 дня, через 28 дней. Замужем с 30 лет. Настоящая беременность первая, наступила через 4 года от начала половой жизни. От беременности ранее не предохранялась. Женскую консультацию посещала регулярно, беременность

протекала без осложнений. По семейным обстоятельствам весь дородовый отпуск беременная провела в деревне и у врача не была.

Объективно: Состояние роженицы удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 156 см, масса тела 68 кг. , кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Отеков нет. PS = 72 в мин, АД= 120/70 и 120/85 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот увеличен за счет беременности, поперечно-овальной формы. Окружность живота - 104 см. Высота стояния дна матки над лоном - 30 см. размеры таза 25-28-30-20 см. Индекс Соловьева - 14 см.

При осмотре и пальпации живота слева определяется шаровидная голова, справа - тазовый конец. Над входом в таз предлежащей части не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, лучше выслушивается слева на уровне пупка, 136 ударов в минуту. Схватки продолжительностью 25-30'' через 6-7 минут.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена, умеренно размягчена. Цервикальный канал длиной 1,5 см, проходим для 1 пальца. Плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды с хлопьями первородной смазки. Предлежащая часть не определяется. Мелкие части плода и пуповина не предлежит. Мыс не достигается.

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие его.

3. Тактика ведения родов в данном случае.

5. Показания к операции кесарева сечения со стороны плода.

Задача № 4.

Роженица К. 25 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярными схватками, продолжающимися в течении 12 часов. Два часа назад отошли светлые воды в небольшом количестве. Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела корью, коклюшем, взрослой - воспалением яичников. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 2-3 дня через каждые 4 недели, необильная, безболезненная. Замужем с 23 лет, муж здоров. Беременность третья, первая закончилась медицинским абортom при сроке 8 недель, вторая - самопроизвольным абортom. Послеабортный период осложнился воспалением яичников. Во время настоящей беременности с 7 недельного срока наблюдалась в женской консультации. Беременность дважды - в 9 и 28 недель осложнялась угрозой преждевременного прерывания. Оба раза госпитализировалась в отделение патологии беременности.

Объективно. При поступлении общее состояние роженицы удовлетворительное. Женщина правильного телосложения. Рост 162 см, масса тела - 74 кг. Периферических отеков нет. Температура тела - 36,6, АД= 120/80 мм.рт.ст. на обеих руках. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот овоидной формы, окружность живота - 100 см, высота стояния дна матки над лобком - 37 см.

Размеры таза: 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит голова, прижатая ко входу в малый таз. Предполагаемая масса плода по формуле Лебедева - 3700.

Симптом Вастена отрицателен. Схватки регулярные по 15 сек через 10-12 мин, слабые. В паузах матка – гипотонична. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 уд/мин.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки мягкая, сглажена, открытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет, предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок вверху слева. На голове намечается небольшая родовая опухоль. Мыс не достигается, крестцовая впадина емкая.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Данные клинического исследования, подтверждающие установленный диагноз.

3. План ведения родов.

4. Как проводится профилактика кровотечения в родах – 1 линия профилактики.

Задача № 5.

Роженица Ф. 23 лет поступила в родильный дом по поводу срочных родов. Жалуется на схваткообразные боли в низу живота и поясничной области. Роды длятся 12 часов. Данные анамнеза. В детстве перенесла корь и скарлатину, взрослой ничем не болела. Менструация с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 3 дня, через каждые 28 дней, умеренная, безболезненная. Половая жизнь с 20 лет. Всего беременностей было 4: 1-ая закончилась срочными нормальными родами, 2-ая - медицинским абортom, 3-я - самопроизвольным абортom, осложнившимся воспалением внутренних половых органов. При настоящей беременности женскую консультацию посетила 10 раз. Первое посещение - на 6-недельном сроке беременности, последнее - 3 дня назад. Беременность протекала нормально.

Объективно. Состояние удовлетворительное, телосложение правильное, рост - 160 см, масса тела - 68 кг. Температура тела - 36,7, PS=90 в 1 мин, АД=110/70 и 110/60 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

В последние 6 часов не мочилась. Эластичным катетером, введенным легко, выведено 400 мл прозрачной соломенно-желтой мочи. Анализ мочи - без патологии.

Данные акушерского исследования. Живот овоидной формы, окружность живота - 102 см, высота стояния дна матки над лобком - 32 см. Тонус матки во время схваток неравномерный. Положение плода продольное, предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 136 в мин, слева ниже пупка. Схватки через 10-15 минуты продолжительностью 10-55 сек, регулярные, умеренно болезненные, периодически ослаблены при сохраняющемся ритме. Воды не отходили. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева - 3200.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, мягкая, раскрытие зева - 4 см. Плодный пузырь цел, функционален, напрягается во время схваток. Предлежащая голова прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов - в правом косом размере, малый родничок - слева спереди. Мыс крестца не достигается, деформаций таза нет.

Вопросы.

1. Диагноз.

2. Обоснование диагноза.

3. План родов.

Задача № 6.

18-летняя женщина обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие менструаций в течение шести месяцев, увеличение живота, зуд в области наружных половых органов, бели.

Менструации с 13 лет, не регулярные: через 3-6 месяцев по 2-3 дня без боли. Половая жизнь с 17 лет, брак не зарегистрирован. При обследовании выявлено, что матка увеличена до 28 недель беременности. Положение плода продольное. Предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, выделения «крошкоподобные».

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Что надо сделать для его уточнения.

3. Составьте схему лабораторного обследования данной беременности.

Задача № 7.

Беременная 32 лет, обратилась в женскую консультацию при беременности в 30 недель с жалобами на тянущие боли внизу живота, бели, зуд в области наружных половых органов, возникающий периодически. В анамнезе одни срочные роды в 20 лет, без осложнений, вторичное бесплодие в течение 12 лет. 3 года назад лечилась по поводу трихомониаза. Брак второй, зарегистрирован. Беременность желанная.

Беременность соответствует 30 неделям, матка легко возбудима. Локальной болезненности при пальпации матки нет. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное. В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, визуальная часть шейки матки 25 мм.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Составить схему диагностического поиска при обследовании данной беременности.
3. Составить план лечения.

Ответы на задачу 7

1. Беременность 30 недель, головное предлежание, угрожающие преждевременные роды, инфекция половых путей
2. Направление на исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ-1/2 и антигена р24 в крови; на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови; на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С в крови; на определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала; на микроскопическое исследование влагалищных мазков; на микробиологическое (культуральное) исследование белей на бактериальные патогены; ПЦР; на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор); на определение антирезусных антител у резус - отрицательных женщин; на проведение общего (клинического) анализа крови; на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови; на проведение коагулограммы; на проведение общего (клинического) анализа мочи. Проведение цервикометрии, УЗМ плода, КТГ.
3. Проведение профилактики РДС, нейропротекции, токолиз. Санация по результатам обследования.

Задача № 8.

Роженица М. 24 лет, поступила в родильный дом с родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад.

Настоящая беременность 3 по счету. 1 беременность 3 года назад закончилась искусственным абортom без осложнений. 2 беременность закончилась 2 года назад самопроизвольным выкидышем при 10-недельном сроке с последующим выскабливанием матки. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 и 120/70. Живот овоидной формы. Положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 в минуту.

По данным обменно-уведомительной карты беременность протекала без осложнений. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Рост 163 см, масса тела 68 кг. Температура тела 36,6.

Данные вагинального исследования: шейка матки сглажена, края зева тонкие, податливые. Открытие зева на 6 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежащая головка прижата ко входу в таз. Малый родничок слева кпереди, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достигается. Крестцовая впадина емкая. Подтекают чистые околоплодные воды. Через 4 часа после поступления произошли роды живой доношенной девочкой с оценкой по Ангар 10 баллов, массой тела 3100, длиной 50 см. Общее состояние роженицы остается удовлетворительным. Введен Окситоцин 10 ЕД в/м.

Через 7 минут после рождения плода появились схваткообразные боли внизу живота. Появились кровянистые выделения в количестве 350 мл и отделился и выделился послед - цел. Матка мягкая, гипотоничная. Общее состояние остается удовлетворительным. АД 120/70, 120/70 мм рт. ст., пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Кровотечение продолжается. Кровопотеря 520 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие этот диагноз.
3. Тактика акушера.
4. Профилактика кровотечения в послеродовом периоде.

Задача № 9.

Роженица С, 28 лет поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью, которая началась 4 часа назад.

Менструальная функция с 13 лет, без особенностей. Настоящая беременность 4 по счету. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами живой доношенной девочкой массой 3400,0.

Последующие две беременности закончились искусственными абортами. Последний из них осложнился метроэндометритом, по поводу которого лечилась 2 недели в стационаре. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 и 120/75 мм рт.ст. Рост 158 см, масса тела 66 кг, температура 36,7.

Окружность живота на уровне пупка 98 см, высота стояния дна матки 35 см. Таз нормальных размеров, правильной формы.

Положение плода продольное, предлежание головное, I позиция.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 в минуту, слева ниже пупка.

Схватки через 4-5 минут по 45 секунд, интенсивные с полным расслаблением миометрия в паузах.

Данные вагинального исследования: шейка матки сглажена, края зева тонкие, мягкие, податливые. Открытие зева на 8 см. Плодного пузыря нет.

Головка хорошо прижата ко входу в таз. Малый родничок слева кпереди, стреловидный шов в правом косом размере. Швы и роднички выражены достаточно, чтобы надеяться на конфигурацию головки. Мыс не достигается. Крестцовая впадина емкая.

Подтекают чистые околоплодные воды в небольшом количестве.

Первый и второй периоды протекали без осложнений.

Родился живой доношенный мальчик массой 3400, длиной 51 см, оценкой по Ангар 10 баллов. Введен Окситоцин 10 ЕД в/м.

Через 8 минут после рождения плода из половых путей роженицы появились кровянистые выделения, которые быстро нарастали в интенсивности.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 и 110/70 мм.

Матка достаточно плотная, округлой формы, дно ее расположено на уровне пупка. Свисающая пуповина при глубоком вдохе втягивается, при выдохе возвращается на прежний уровень. При надавливании ребром кисти за лоном пуповина втягивается. Кровотечение продолжается.

Кровопотеря составила 500 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.

3. Врачебная тактика при описанной выше ситуации.

Задача № 10.

Беременная К. 28 лет, доставлена в родильный дом машиной скорой помощи с жалобами на небольшие кровянистые выделения из половых путей. Предполагаемый срок родов через 4 недели.

В день поступления, проснувшись утром, обнаружила испачканное кровью постельное белье (пятно крови было диаметром приблизительно 15 см). Месячные с 13 лет, без каких-либо особенностей. Настоящая беременность 5 по счету. Первая беременность закончилась 8 лет назад нормальными срочными родами. Три беременности закончились искусственными абортами. Последний из них два года назад осложнился метроэндометритом, поздним кровотечением с повторным выскабливанием матки и инструментальным удалением остатков плодного яйца.

Из экстрагенитальных заболеваний отмечает корь в детстве, ОРВИ. Состояние удовлетворительное. АД 120/80 и 115/75 мм рт.ст., пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Кожные покровы нормальной окраски,

видимые слизистые розовые. Живот овоидной формы. Окружность его на уровне пупка 94 см. Матка в нормальном тонусе, возбудимость ее адекватна сроку беременности, высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, I позиция, головное предлежание. Головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 в минуту. Выделения кровянистые около 100 мл. Выполнено УЗИ – имеется полное предлежание плаценты.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.

3. План ведения

Задача № 11.

Беременная Б., 26 лет доставлена в родильный дом машиной скорой помощи в связи с начавшимися 4 часа назад схватками при доношенной беременности.

Менструации с 12 лет, без особенностей.

Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась искусственным абортom, осложнившимся повторным выскабливанием матки в связи с кровотечением.

Настоящая беременность протекала без осложнений.

Рост беременной 164 см, масса тела 73 кг, температура тела 36,8.

Живот овоидной формы, окружность его на уровне пупка 98 см. Высота стояния дна матки 36 см. Положение плода продольное, I позиция, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 в минуту, слева ниже пупка.

Схватки через 4-5 минут по 40-45 секунд, интенсивные с полным расслаблением миометрия в паузах.

Данные вагинального исследования: шейка матки сглажена, края ее тонкие, податливые, открытие маточного зева на 7 см. Плодного пузыря нет.

Головка плода прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, впереди.

Швы и роднички выражены достаточно, чтобы надеяться на конфигурацию головки.

Мыс не достигается.

Крестцовая впадина емкая.

Подтекают чистые околоплодные воды в небольшом количестве.

Через 3 часа после поступления в родильный дом произошли роды живым мальчиком длиной 50 см, массой тела 3500,0; с оценкой по шкале Ангар 10 баллов.

Через 30 минут после рождения ребенка матка плотная, округлой формы, свисающий конец пуповины втягивается при надавливании ребром кисти за лонем.

Кровотечения нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Акушерская тактика

Задача № 12.

Роженица Ш. 31 года, доставлена машиной скорой помощи в связи с началом родовой деятельности и кровотечением, начавшимся с первыми схватками. К моменту поступления в роддом кровопотеря составила 60 мл. Гинекологическими заболеваниями со слов роженицы она не болела. Из экстрагенитальных заболеваний отмечает корь, ангину в детстве, грипп -взрослой.

Менструации с 12 лет без каких-либо особенностей. Настоящая беременность 3-я по счету. Первая закончилась искусственным абортom без осложнений. Вторая - срочными родами, которые осложнились частичным интимным приращением плаценты. Роды закончились ручным отделением и выделением последа.

Эта беременность протекала без осложнений. Однако, с началом родовой деятельности появилось небольшое кровотечение, усиливающееся с каждой схваткой. Кровопотеря к моменту поступления в роддом составила 60 мл

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Кожные покровы, видимые слизистые нормальной окраски. Пульс - 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 115/70 и 115/70.

Живот овоидной формы, окружностью на уровне пупка 102 см, высота стояния дна матки на 34 см выше лона. Положение плода продольное, 1 позиция, головное предлежание. Головка подвижно входит в таз.

Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка.

Предполагаемый вес плода 3300,0. Размеры таза 26, 28, 30, 21 см. Схватки через 4-5 минут по 40-45 секунд интенсивные с полным расслаблением миометрия в паузах. Из половых путей кровянистые выделения в небольшом количестве. Проведено УЗИ – выявлено полное предлежание плаценты.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие его.

3. Анатомическая и клиническая классификация предлежания плаценты.

4. Тактика

Задача № 13.

Беременная М. поступила в роддом с обильным кровотечением при беременности 36 недель. Менструации с 12 лет без каких-либо особенностей. Настоящая беременность 6 по счету. Первая и вторая закончились нормальными срочными родами. Третья, четвертая и пятая беременности закончились искусственными абортами без осложнений. Отмечены кровянистые скудные выделения в 22,23 и 25 недель беременности.

Две недели назад в связи с появившимися выделениями из половых путей беременная была направлена в роддом, где с диагнозом предлежания плаценты она находилась 13 дней. Кровотечения за это время не было. В удовлетворительном состоянии из уточнения диагноза УЗИ беременную выписали под наблюдение женской консультации.

На следующий день после выписки из роддома у беременной началось кровотечение, с которым она и доставлена в роддом.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 105 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 и 105/60.

Живот овоидной формы. Окружность его 92 см на уровне пупка. Высота стояния дна матки над лоном 32 см.

Родовой деятельности нет. Матка в нормальном тоне адекватно реагирует на пальпацию. Пальпация матки во всех доступных отделах безболезненная.

Положение плода продольное, предлежащая часть - тазовый конец, расположенный высоко над лоном, подвижный. В дне матки пальпируется головка.

Сердцебиение плода приглушенное, 150 ударов в минуту, ритмичное, слева чуть выше пупка. УЗИ – полное предлежание плаценты.

К моменту обследования общая кровопотеря составляет 300 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.

3. Ошибки, допущенные при первой госпитализации беременной.

4. Тактика врача.

Задача № 14.

Роженица Л. 27, лет доставлена в родильный дом машиной скорой помощи с жалобами на боли в животе, чувство дурноты, головокружение и скудные кровянистые выделения из половых путей при доношенной беременности.

Настоящая беременность - первая. С 10-ти недельного срока беременности находилась на диспансерном учете по беременности в женской консультации. Прошла полное клиническое обследование и была признана здоровой. Беременность протекала без осложнений. Однако, 3 недели назад стали появляться отеки на ногах, эпизодически повышалось АД до 130/90, 130/90. От госпитализации беременная отказалась. Через неделю после начала этого осложнения беременности к отекам и повышенному АД присоединилась альбуминурия 0,3 г/л. От госпитализации упорно отказывалась.

За 1 час до госпитализации в клинику впервые появились боли в животе, которые нарастали в интенсивности. Это стало причиной для вызова машины скорой помощи.

При поступлении состояние больной тяжелое: беспокоит интенсивные боли в животе; кожные покровы и видимые слизистые бледные; АД 90/60 и 100/60. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Живот увеличен за счет беременности, окружность его на уровне пупка 101 см. Высота стояния дна матки 35 см над лоном. Матка в повышенном тонусе, болезненная при пальпации в дне ближе к правому углу. Из-за чрезвычайно высокого тонуса матки невозможно определить положение плода и его предлежащую часть. Сердцебиение плода не прослушивается. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины; шейка матки сохранена, мышечно-эластичной консистенции; наружный зев закрыт; своды глубокие, свободные; мыс не достигается; крестцовая впадина емкая; деформаций костей таза нет. Выделения кровянистые в незначительном количестве.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.

3. Тактика врача.

Задача № 15.

Беременная М. поступила в роддом с обильным кровотечением при беременности 36 недель. Менструации с 12 лет без каких-либо особенностей. Настоящая беременность 6 по счету. Первая и вторая закончились нормальными срочными родами. Третья, четвертая и пятая беременности закончились искусственными абортами без осложнений.

Две недели назад в связи с появившимися выделениями из половых путей беременная была направлена в роддом, где с диагнозом полное предлежание плаценты она находилась 13 дней, цервикометрия 30 мм. Кровотечения за это время не было. В удовлетворительном состоянии беременную выписали под наблюдение женской консультации.

На следующий день после выписки из роддома у беременной началось кровотечение, с которым она и доставлена в роддом.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 105 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 и 105/60.

Живот овоидной формы. Окружность его 92 см на уровне пупка. Высота стояния дна матки над лоном 32 см.

Родовой деятельности нет. Матка в нормальном тонусе адекватно реагирует на пальпацию. Пальпация матки во всех доступных отделах безболезненная.

Положение плода продольное, предлежащая часть - тазовый конец, расположенный высоко над лоном, подвижный. В дне матки пальпируется плотная, ballotирующаяся, округлой формы часть плода меньших размеров, чем часть плода, находящаяся над лоном.

Сердцебиение плода приглушенное, 150 ударов в минуту, ритмичное, слева чуть выше пупка. УЗИ – полное предлежание плаценты. К моменту обследования общая кровопотеря составляет 100 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.

3. Ошибки, допущенные при первой госпитализации беременной.

4. Тактика врача.

Задача № 16.

Роженица Л. 27, лет доставлена в родильный дом машиной скорой помощи с жалобами на боли в животе, чувство дурноты, головокружение и скудные кровянистые выделения из половых путей при доношенной беременности.

Настоящая беременность - первая. С 10-ти недельного срока беременности находилась на диспансерном учете по беременности в женской консультации. Прошла полное клиническое обследование и была признана здоровой. Беременность протекала без осложнений. Однако, 3 недели назад стали появляться отеки на ногах, эпизодически повышалось АД до 130/90, 130/90. От госпитализации беременная отказалась. Через неделю после начала этого осложнения беременности к отекам и повышенному АД присоединилась альбуминурия 0,3 г/л. От госпитализации упорно отказывалась.

За 1 час до госпитализации в клинику впервые появились боли в животе, которые нарастали в интенсивности. Это стало причиной для вызова машины скорой помощи.

При поступлении состояние больной тяжелое: беспокоит интенсивные боли в животе; кожные покровы и видимые слизистые бледные; АД 90/60 и 100/60. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Живот увеличен за счет беременности, окружность его на уровне пупка 101 см. Высота стояния дна матки 35 см над лоном. Матка в повышенном тонусе, болезненная при пальпации в дне ближе к правому углу. Из-за чрезвычайно высокого тонуса матки невозможно определить положение плода и его предлежащую часть. Сердцебиение плода не прослушивается. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины; шейка матки сохранена, мышечно-эластичной консистенции; наружный зев закрыт; своды глубокие, свободные; мыс не достигается; крестцовая впадина емкая; деформаций костей таза нет. Выделения кровянистые в незначительном количестве.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.

3. Тактика врача.

Задача № 17.

В родильный дом поступила 32-х летняя женщина при беременности 39-40 недель с жалобами на регулярные схватки, начавшиеся 5 часов назад.

Околоплодные воды не отходили. Вес 78 кг, рост 164 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом в полости малого таза, первая позиция передний вид. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка, размеры таза: 26 см, 29 см, 32 см, 20 см. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 36 см. на ногах умеренные отеки, появившиеся неделю назад. АД 120/80, пульс 86 ударов в минуту.

Менструация с 13 лет, по 3-5 дней, через 28 дней без боли. Половая жизнь в браке с 18 лет. Забеременела сразу. Первые роды в 19 лет без осложнений, родился мальчик массой 3100, рос и развивался нормально.

Через год после родов перенесла трихомониаз, воспаление придатков матки - лечилась. Вторичное бесплодие 12 лет.

В настоящее время брак второй. Беременность желанная.

Последнюю неделю отмечает усиление белей. Врач женской консультации

объяснила, что так и должно быть. В предыдущих мазках на флору из "С", "U", "R" лейкоцитов отмечалось от 20 до 40 в поле зрения, гонококки, трихомонады не обнаружены. Лечения не получала.

Данные влагалищного исследования при поступлении: шейка матки сглажена, открытие зева полное; плодный пузырь цел - вскрыт, отошло около 50 мл мутных околоплодных вод; предлежащая головка в плоскости выхода из малого таза; стреловидный шов в прямом размере.

Начались потуги. Через 30 минут произошли роды живой доношенной девочки массой 3400 с оценкой по Апгар 8 баллов. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Оболочки рыхлые все, плацентарная ткань без дефектов. Кровопотеря 200 мл.

После родов родильница была осмотрена в зеркалах: шейка матки рыхлая, отечная с мелкими кровоизлияниями; слизистая влагалища гиперемирована, отечная, справа обнаружен разрыв слизистой длиной 2 см, ушит, влагалище обработано спиртом.

Через 2 часа женщина переведена в послеродовое отделение. На 2, 5 и 6 дни отмечалась температура вечерами до 37,5; 37,3 и 37,7 соответственно.

Матка оставалась на 1 см ниже пупка, при пальпации отмечалась умеренная болезненность, не отмечалось четкости ее контуров.

С 6 дня после родов появились кровянистые лохии с неприятным запахом.

При осмотре в зеркалах выявлено, что влагалище гиперемировано. В области швов фибринозные серые пленки, изъязвления. Из цервикального канала кровянистые темные пенистые с запахом лохии.

При влагалищном исследовании выявлено: шейка матки частично сформирована, мягкая; цервикальный канал свободно пропускает палец за внутренний зев; матка увеличена до 17-18 недель беременности, "сочная", без четких контуров, умеренно болезненная, ограничена в подвижности; придатки не пальпируются, область их безболезненная; своды свободные, безболезненные; выделения кровянистые, с неприятным запахом. Взяты мазки на флору из "U", "C", "V", "R".

	"U"	"C"	"V"	"R"
L	30-50	100	100	30-20

Гонококки Нейсера не обнаружены. Трихомонады обнаружены. Флора обильная: кокки и мелкие палочки.

Вопросы:

1. Развернутый диагноз при поступлении и в послеродовом отделении.

2. Составить план обследования при поступлении, после родов.

Задача № 18.

30-летней беременной произведено кесарево сечение при доношенной беременности. Показанием к кесареву сечению явилась первичная слабость родовой деятельности.

Из анамнеза: менструация с 13 лет по 5-6 дней, через 30 дней без боли; рост 168 см, вес 78 кг; размеры таза 27-29-32-21; окружность живота 104 см, высота стояния дна матки 38 см.

С 14 лет отмечает температуру тела по вечерам 37-37,1-37,3. При обследовании источник субфебрилитета выявлен не был. На лице и груди гнойничковые высыпания и мелкие рубчики. Половая жизнь с 27 лет в браке. Первая беременность закончилась самопроизвольным абортom в 10 недель, осложнившись эндомиометритом. Лечилась в стационаре. Вторая беременность настоящая, осложнилась в 25 недель угрозой прерывания беременности, лечилась в стационаре. Назначали спазмолитики, тополитики.

В мазках из "С", "U", "R", "V" выявлено L до 30-40 в поле зрения.

Анализ мочи: удельный вес 1012, белок отрицательный, реакция кислая, лейкоциты до 10-12 в поле зрения.

Анализ крови: гемоглобин 98 г/л, анизоцитоз, эритроцитов - $3,2 \cdot 10^{12}$, лейкоцитов - $11 \cdot 10^9$, СОЭ - 50 мм/час.

Санация влагалища, антианемическая терапия на этом этапе не проводились.

После кесарева сечения на 2-ые сутки повысилась температура до 38,0, появились сухость во рту, тошнота, вздутие живота, тахикардия до 100 в минуту. В нижних отделах появились напряжение мышц живота, болезненность, симптомы раздражения брюшины. Проводимая антибактериальная, инфузионная, детоксикационная терапия – без эффекта. Родильница переведена в гнойное гинекологическое отделение в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния обусловлена интоксикацией. Сухость во рту усилилась, появилась отрыжка, живот вздут, умеренно напряжен. Синдром Щеткина-Блюмберга во всех отделах, из послеоперационного рубца гнойное зловонное отделяемое.

При влагалищном исследовании: шейка матки длинная, цервикальный канал проходим до 2-х пальцев, движения за шейку матки резко болезненны, матку и придатки пропальпировать не представляется возможным из-за болезненности и симптомов раздражения брюшины.

Выделения из половых путей гнойно-кровянистые с гнилостным запахом.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Наметьте план лечебных мероприятий осложнений после кесарева сечения.

Задача № 19.

Д. 32 лет, встала на учет в женскую консультацию при 24-х недельной беременности. При осмотре в зеркалах был выявлен кольпит и назначено лечение свечами Гексикон. В анамнезе преждевременные роды ребенком массой тела 1800, самопроизвольный аборт в 10 недель, эрозия шейки матки. За год до настоящей беременности проведена диатермокоагуляция.

Через два месяца после постановки на учет, у беременной были взяты мазки из "С", "U", "V" и обнаружены трихомонады, проведено лечение трихополом 2 г однократно. Контрольные мазки взяты однократно через 2 недели, в них были отмечены в "U" и "С" лейкоциты соответственно 12-20 и 30-50 в поле зрения.

В роддом поступила при доношенной беременности спустя 7 часов после родового излития околоплодных вод, без родовой деятельности. При влагалищном исследовании выявлено, что шейка матки сохранена, длиной 2 см, плотная, наружный зев цервикального канала пропускает кончик пальца. Сразу же назначено родовозбуждение окситоцином 2,5 ЕД на 500 мл 5% раствора глюкозы. Через 30 минут после введения окситоцина началась бурная родовая деятельность, а через 1,5 часа после этого произошли роды живой девочкой массой тела 3200. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед, кровопотеря 200 мл. Однако, через 20 минут началось обильное кровотечение. Ручное обследование матки и массаж ее на кулаке эффекта не дали. Женщина потеряла 2000 мл крови.

При осмотре шейки матки выявлен ее разрыв 3 степени. При попытке ушить его замечено, что ткани рыхлые, расползаются, а разрыв распространяется тело матки. Предпринято чревосечение: экстирпация матки без придатков, во время которого женщина потеряла еще около 2000 мл крови.

Вопросы:

1. Выявить ошибки в ведении данной беременной на этапе женской консультации.

2. Выявить ошибки в ведении данной беременной в родильном доме.

Задача № 20.

В., 23 лет. поступила в родильный дом при первой беременности в 38 недель.

Размеры таза: 25; 28; 30; 20 см.

За несколько дней до поступления в акушерское отделение, больная обратилась в женскую консультацию, где было обнаружено повышение артериального давления до 150/100 мм и альбуминурия (белка в моче 0,9 г/л.), иктеричность склер и кожных покровов. В тот же день больная была направлена для стационарного лечения в акушерское отделение.

При осмотре обнаружена пастозность рук и лица, значительная отечность голеней. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, несколько напряжен. Родовой деятельности нет. Матка возбудима; высота стояния дна матки над лоном 38 см, окружность живота 98 см. Положение плода продольное, предлежит головка прижатая ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

При вагинальном осмотре обнаружено: шейка матки полностью размягчена, длиной 1 см. Пропускает два исследующих пальца. На предлежащей головке натянуты оболочки амниона, передних вод мало.

Мыс не достигается. Влагалище емкое, растяжимое, выделения слизисто-десквамативные, скудные. Результаты дополнительных обследований:

Офтальмологом на глазном дне изменений не обнаружено. Терапевт заболеваний внутренних органов не выявил. Анестезиолог диагностировал гиперкинетический тип кровообращения.

Лабораторно-инструментальное обследование:

Моча в день поступления: удельный вес 1027, белка - 0,6 г/л., в осадке — единичные в поле зрения гиалиновые цилиндры, эритроциты и лейкоциты.

Количество гемоглобина - 120, гематокрит - 45%, тромбоцитов - 100000.

Общий белок плазмы - 46 г/л. Остаточный азот крови 36 мг%. Общий билирубин - 60, трансаминазы и АЛТ и АСТ 320 и 330 ЕД/л. На коагулограмме и тромбоэластограмме признаки гипокоагуляции и активации фибринолиза, при времени свертывания крови - 10-12 мин.

Фибриноген плазмы - 2 г/л.

ЭКГ-вертикальная позиция сердца без патологических отклонений.

При ультразвуковом исследовании фетоплацентарного комплекса обнаружен один плод в головном предлежании, плацента в дне с признаками отека, ячеистого строения и единичными петрификатами. При УЗИ печени обнаружены нормальные ее размеры и участки снижения Эхо-плотности напоминающие ее жировое перерождение. Фетомониторирование состояния плода по Фишеру - 9 баллов.

Учитывая предполагаемое пространственное соответствие родовых путей и плода, а также готовность родовых путей к родам, врачами решено произвести обезболивание, амниотомию и вести роды консервативно. Введен транексам 1 г, через 8 часов еще 1 г.

Роды завершились через 10 часов рождением доношенного плода с признаками в/утробной гипоксии и гипотрофии.

Родовой акт у женщины осложнился гипертензией до 160 и 100 мм.рт.ст. и нестабильной гемодинамикой, особенно во втором периоде родов, который длился 30 мин. С целью профилактики гипотонического кровотечения после рождения плода в мышцу введено Окситоцин 10 ЕД.

В третьем периоде длительностью 10 мин самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре плацентарная ткань и оболочки целые.

Кровопотеря составила 500,0, но сгустки рыхлые с плохой ретракцией. Проведено ручное обследование стенок матки. Проведена коррекция СЗП. Суммарная кровопотеря составила 1200,0.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз следует поставить на основании данных анамнеза, объективного, лабораторного и инструментального исследования?
2. Поставить окончательный диагноз.

Задача № 21.

Р. Д., 22 лет, доставлена в родильный дом из ближайшей дачной местности скорой помощью в 15 часов 05 минут в бессознательном состоянии. От сопровождавшего больную мужа врачи узнали, что беременная ночь провела беспокойно из-за мучительной головной боли, а утром (после завтрака) у нее появилась тошнота, боль в подложечной

области, двукратная рвота, мелькание "мушек" перед глазами. В 13 часов 30 минут и в 14 часов 10 минут у больной (дома) было два кратковременных судорожных припадков с потерей сознания и непроизвольным мочеиспусканием; муж вызвал скорую помощь. Со слов мужа, настоящая беременность первая, его жена всегда была здорова, в женскую консультацию не обращалась, поскольку по работе часто отъезжала в командировки. Даты последней менструации и первого шевеления плода не знает. Женщина среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Доставлена в бессознательном состоянии. Лицо одутловато. Глаза перекошены, зрачки расширены, роговичный и конъюнктивальный рефлекс отсутствуют. Температура 37°, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, лабильный до 120. Артериальное давление 210/110 мм. Имеется умеренная отечность голеней, передней брюшной стенки и кистей рук. Живот увеличен соответственно 38 недель беременности. Слабо выраженная пигментация белой линии и области околососковых кружков. Пупок сглажен. Окружность живота 93 см. Дно матки под мечевидным отростком. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Спинка плода слева, мелкие части не определяются в связи с гипертонусом миометрия. Сердцебиение плода приглушено, ритмично, слева ниже пупка, 136 ударов в минуту. Схваток нет. Околоплодные воды (со слов мужа) не отходили. Таз нормальных размеров.

В 15 часов 10 минут, в приемном отделении у больной начались фибриллярные подергивания мышц лица, после чего наступили тонические и клонические судороги во всей мускулатуре тела. Дыхание, будучи хрипящим, на время прекратилось, наступил значительный цианоз лица и губ, вслед за этим судорожные подергивания стали реже, и с глубоким тяжелым вздохом припадок прекратился. Лицо цианотично, зрачки стали значительно уже на свет вяло реагируют, изо рта выделяется слизь, окрашенная кровью. Язык местами прикушен. Дыхание ровное, глубокое. Больная апатична, сознание затемнено, сухожильные рефлексы повышены сохраняется судорожная готовность.

Беременная в медикаментозном сне на каталке транспортирована в операционную, где находился наркозный аппарат. Больной произведена интубация трахеи и дан эфирный наркоз с последующей ингаляцией кислорода, в 15 часов 20 минут произведена первая внутримышечная инъекция 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии. В операционном отделении под продолжающимся эфирным наркозом больной произведен обычный туалет наружных половых органов, при помощи катетера выпущена моча в количестве 55 мл, насыщенная и мутная, при кипячении содержит большое количество белка (в дальнейшем установлено, что моча содержит 13,2 г/л белка, в осадке - единичные гиалиновые цилиндры в препарате; удельный вес 1026). Затем произведено влагалищное исследование (в стерильной перчатке): наружные половые органы развиты нормально, несколько отечны; влагалище средней емкости. Шейка матки цилиндрической формы, мягкая, слегка укорочена, наружный зев закрыт. Через передний свод пальпируется головка, подвижная над входом в малый таз. Полость таза свободна, емкость таза достаточная; костных деформаций нет; мыс не достигается. Выделения молочного цвета в небольшом количестве. На консультацию приглашены терапевт и окулист. Данные терапевта: границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Акцент второго тона на легочной артерии. Легкие; везикулярное дыхание в условиях ИВЛ, хрипов нет; перкуторно-ясный легочный звук. Печень и селезенку пальпировать не удается.

Данные окулиста: отек зрительного соска и расширение вен и артерий сетчатки глазного дна. Диагноз - ангиоретинопатия 3 ст.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.

2. Составить план обследования, дальнейшего лечения и родов. Определить срок и путь родоразрешения.

Задача № 22.

В., 23 лет. поступила в родильный дом с жалобами на быструю утомляемость, отеки голеней в течение одной недели. Беременность первая, сроком 38 недель. Размеры таза: 25; 28; 30; 20 см. В течение всей беременности больная чувствовала себя вполне удовлетворительно, работала. Диету не соблюдала. Под наблюдением женской консультации находилась с 14-й недели беременности; посетила консультацию 15 раз. Артериальное давление беременности было нормальным (115/70 мм); в моче белка обнаружено не было. С 37 недель беременности появилась отечность голеней, которая в дальнейшем прогрессировала. За несколько дней до поступления в акушерское отделение, больная обратилась в женскую консультацию, где было обнаружено повышение артериального давления до 150/100 мм и альбуминурия (белка в моче 0,9г/л). В тот же день больная была направлена для стационарного лечения в акушерское отделение.

При осмотре обнаружена пастозность рук и лица, значительная отечность голеней. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, несколько напряжен. Родовой деятельности нет. Матка возбудима; высота стояния дна матки над лоном 38 см, окружность живота 98 см. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

При осмотре PER VAGINAM: шейка матки размягчена, длиной 1 см. Пропускает два исследующих пальца. На предлежащей головке натянуты оболочки амниона, передних вод мало. Мыс не достигается. Влагалище емкое, растяжимое, выделения слизисто-десквамативные, скудные.

Результаты дополнительных обследований.

Офтальмологом на глазном дне изменений не обнаружено. Терапевт заболеваний внутренних органов не выявил. Анестезиолог диагностировал гиперкинетический тип кровообращения.

Лабораторно-инструментальное обследование.

Моча в день поступления: удельный вес 1027, белка - 0,6 %, в осадке - единичные в поле зрения гиалиновые цилиндры, эритроциты и лейкоциты.

Количество гемоглобина - 120. Морфологический состав крови и коагулограмма отклонений от нормы не имеют, но отмечено, что гематокрит - 45%, тромбоцитов - 360000. Остаточный азот крови 36 мг%. Общий билирубин - 20, трансаминазы не изменены. ЭКГ - вертикальная позиция сердца без патологических отклонений. При ультразвуковом исследовании фетоплацентарного комплекса обнаружен один плод в головном предлежании, плацента в дне с признаками отека, ячеистого строения и единичными петрификатами. Фетомониторирование состояния плода - норма.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует поставить на основании данных анамнеза, объективного исследования?

2. Составить план и определить сроки родоразрешения.

Задача № 23

Р. Г. 25 лет, поступила в родильный дом с жалобами на небольшую одышку при ускоренной ходьбе, быструю утомляемость, отеки голеней. Считает себя беременной. Беременность первая, сроком 35 недель.

Размеры таза: 25; 28; 30; 20 см. В течение всей беременности больная чувствовала себя вполне удовлетворительно, работала. Диету не соблюдала. Под наблюдением женской консультации находилась с 14-й недели беременности; посетила консультацию 13 раз. Артериальное давление было нормальным (115/70 мм); в моче белка обнаружено не было. С 32 недели беременности появилась отечность голеней, которая в дальнейшем прогрессировала. На 34-й неделе беременности, за несколько дней до поступления в акушерское отделение, больная обратилась в женскую консультацию, где было обнаружено повышение артериального давления до 175/110 мм и альбуминурия (белка в

моче 9,9г/л). В тот же день больная была направлена для стационарного лечения в акушерское отделение, куда, однако, она явилась лишь через 6 дней.

При осмотре обнаружена пастозность рук и лица, значительная отечность голеней. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, несколько напряжен. Артериальное давление при поступлении 170/105 мм. Родовой деятельности нет. Матка мягкая, невозбудима; высота стояния дна матки над лоном 34 см, окружность живота 92 см. Положение плода продольное, предлежит головка над входом таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка. При осмотре PER VAGINAM: шейка матки размягчена, длиной 1 см. Пропускает два исследующих пальца. На предлежащей головке натянуты оболочки амниона, передних вод мало. Мыс не достигается. Влагалище емкое, растяжимое, выделения слизисто-десквамативные, скудные.

Офтальмологом на глазном дне изменений не обнаружено. Терапевт заболеваний внутренних органов не выявил, констатировал анемию беременных. Анестезиолог диагностировал гипокINETический тип кровообращения.

Лабораторно-инструментальное обследование.

Моча в день поступления: удельный вес 1027, белка - 2,6 г/л, в осадке единичные в поле зрения гиалиновые цилиндры, эритроциты и лейкоциты. Количество гемоглобина - 90. Морфологический состав крови и коагулограмма отклонений от нормы не имеют, гематокрит-35%, тромбоцитов - 200000. Остаточный азот крови 36 мг. Общий билирубин-21, трансаминазы не изменены. ЭКГ - вертикальная позиция сердца без патологических отклонений. При ультразвуковом исследовании фетоплацентарного комплекса обнаружен один плод в головном предлежании, плацента в дне с признаками отека, ячеистого строения и единичными петрификатами.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует поставить на основании данных анамнеза, объективного исследования?

2. Составить план и определить сроки родоразрешения.

Задача № 24.

Беременная Л, 21 года, поступила в родильный дом с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота в течение 1 недели и боли в пояснице, которые отмечает в течение последних двух лет. Последние три дня правосторонние поясничные боли стали иррадиировать в правую паховую область.

Анамнез. С 2010г. страдает хроническим пиелонефритом, а с 2013г. диагностирована мочекаменная болезнь. Болезнь Боткина и туберкулез у себя и родственников отрицает.

1-я беременность в 2013. закончилась самопроизвольным выкидышем в 6 недель с последующим выскабливанием.

2-я беременность в 2013г. так же закончилась выкидышем в 12 недель и осложнилась эндометритом после выскабливания матки.

3-я беременность, настоящая, возникла через 6 месяцев и осложнилась кровотечением в 12 недель.

St.praesens.

Размеры таза: 26 - 29 - 32 - 20. Диагонали ромба Михаэлиса - 11/11 см.

Живот увеличен беременной маткой, дно которой находится на уровне пупка, тонус миометрия повышен во всех отделах. Сердцебиение плода 140 в 1 мин, ритмичное, прослушивается слева от средней линии живота.

St.genitalium.

Влагалище узкое. Шейка матки сохранена, плотная, отклонена от проводной оси таза к крестцу. Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется шаровидная баллотирующая часть плода. Мыс не достигается. Экзостозов не обнаружено. Выделения гнойвидные, умеренные.

Данные лабораторного и инструментального обследования беременной.

Анализ крови:

Гемоглобин - 108 г/л; эритроциты - $3,89 \cdot 10^9$ в 12; лейкоциты - $15 \cdot 10^9$ в 9; палочк. - 2; сегм. - 88, моноц. - 2; лимф. - 8; эозин. - 0

Анализ мочи: Уд.вес 1018, реакция - кислая, белок - следы, сахар - отр., эпителий - большое кол-во, лейкоциты - 40-50 в поле зрения, эритроциты - все поле зрения.

Влагалищный мазок на флору и лейкоцитоз: лейкоциты - 50 в поле зрения, кокки в большом количестве, трихомонады.

УЗИ матки: беременность 22 недели, цервикометрия 40 мм.

УЗИ почек: левая почка не изменена, правая почка с расширенной лоханкой и мочеточником, в области треугольника Лъето визуализируется конкремент с неровными, изъеденными контурами $0,3 \cdot 0,4$ см.

Термометрия: субфебрилитет в течение суток.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.

2. Обозначить план и цели лабораторного обследования.

3. Поставить окончательный диагноз.

4. Решить вопрос о тактике родов.

5. Прогноз вынашивания беременности, запланируйте консультацию смежного специалиста.

6. Лечение.

Задача № 25.

Р. К.. 38 лет, повторнородящая, поступила в клинику в 11 часов дня со слабыми схватками.

Из анамнеза известно: менструации с 11 лет, по 6-7 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет; беременность 14-я; родов - 2, самопроизвольных выкидышей - 3, остальные беременности закончились искусственными абортами. Отмечает, что первые двое родов осложнились ручным отделением последа так как сопровождались значительным кровотечением, производилась трансфузия крови. Последние, 2-ые, роды были 2 года назад (двойня). После родов болела пиелонефритом. Настоящие роды 3-й, в срок. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы не отмечается; артериальное давление 130/85 мм, кровь АВ-1(0) группы. Таз нормальных размеров; окружность живота 98 см. высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу малого таза, сердцебиение плода ясное, 140 в минуту. Воды не отошли.

При вагинальном осмотре установлено что шейка матки сегментарно размягчена, укорочена до 2 см. Цервикальный канал пропускает один палец (2 см.)

13 часов - схватки редкие, через 12-15 минут по 30-40 секунд, слабо болезненные. 15 часов - схватки стали хорошей силы, через 4-5 минут, по 40-50 секунд, умеренно болезненные. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. 17 часов - влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева около 3-х пальцев, плодный пузырь цел, предлежит головка большим сегментом во входе малого таза; крестцовая впадина свободна в нижней половине. 18 часов 30 минут - отошли воды в небольшом количестве, зеленоватого цвета. 18 часов 40 минут - родился мальчик весом 3400 г, длиной 50 см, сразу закричал. Введен окситоцин 10 ЕД и 1 г. транексама. Через 5 минут самостоятельно отошел послед; плацента цела, оболочки все. Кровопотеря - 150 мл. Матка плотная, хорошо сократилась, дно матки стоит на 3 поперечных пальца ниже пупка. Выделилось еще около 100 мл крови. Через 15 минут - в 18 часов 55 минут, роженица почувствовала слабость, пульс стал мягкий - 86 ударов в минуту. Артериальное давление снизилось до 90/50 мм.

Врач решил провести терапию, показанную при атонических кровотечениях: ручное обследование полости матки, введение 1 мл окситоцина под кожу; переливание крови, так как артериальное давление упало.

При ручном обследовании матки и влагалищных сводов, при осмотре шейки на зеркалах разрывов не обнаружено.

Родильнице перелили 200 мл крови группы 0(1), ввели кристаллоиды 500 мл, и дали кислород. Состояние родильницы улучшилось.

Артериальное давление поднялось до 100/60 мм, пульс 80 ударов в минуту, среднего наполнения. Матка плотная, кровотечения нет.

Однако, в 19 часов 30 минут, т. е. через 45 минут после отхождения послета, состояние родильницы вновь ухудшилось: она пожаловалась на сильную слабость, появился цианотичный оттенок кожных покровов лица, пульс слабого наполнения, артериальное давление упало катастрофически - до 50/20 мм. Кровотечение алое без сгустков при хорошо сократившейся матке.

В анализах анемия и гипокоагуляция с активацией фибринолиза.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз и обозначить возможные причины коллапса.

2. Составить план лечения.

Задача № 26.

В. 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику 12.01.2015 г. в 10 часов дня со слабыми регулярными схватками.

Из анамнеза известно:

Менструации с 12 лет, по 5-6 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет; беременность 3-я; роды в 2013 году в срок - 3500,0, самопроизвольный выкидыш при сроке 16 недель в 2014 г.

После родов болела пиелонефритом. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы не отмечается; артериальное давление 130/85 мм, кровь АВ-1(0) группы. Таз - 26 - 29 - 32 - 20; окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу малого таза, сердцебиение плода ясное 140 в минуту.

Воды не отошли.

При вагинальном осмотре установлено что шейка матки сегментарно размягчена, укорочена до 2 см. Цервикальный канал пропускает один палец (2 см). Предлежит головка слегка прижатая ко входу в таз.

Плодный пузырь цел, при схватках наливается. Мыс не достигается, деформации костей таза нет, выделения слизистые.

13 часов - схватки через 2-5 минут по 30-40 секунд, болезненные. Пульс - 86 в мин. Артериальное давление 130/70 мм.рт.ст. Матка в паузах сохраняет гипертонус в т.ч. и в нижнем сегменте. Сердцебиение плода 140 в мин, ритмичное. Самопроизвольно отошли воды в количестве 100,0 светлые. При вагинальном осмотре обнаружено: сглаженная шейка матки с ригидными, толстыми краями. Зев пропускает три пальца. На головке натянуты оболочки, передних вод нет. Головка плода прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в левом косом размере. 15 часов - схватки хорошей силы, болезненные через 4-5 минут, по 40-50 секунд. Пульс 95 в мин. Артериальное давление 140/85. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту.

17 часов - схватки болезненные по 50-60 сек, через 2-3 мин. В паузах сохраняется гипертонус нижнего сегмента и тела матки. Сердцебиение плода 120 в мин, на схватки не реагирует.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева около 4 пальцев (8 см). Шейка натянута на предлежащей головке, которая вставилась большим сегментом во вход малого таза; крестцовая впадина свободна в нижней половине. Выделения слизисто - сукровичные, без сгустков. Кровопотеря 30,0.

18 часов 40 минут родился мальчик весом 3400 г, длиной 50 см, сразу закричал. Через 5 минут самостоятельно отошел послед; плацента цела, оболочки все. Кровопотеря небольшая - 150 мл. Матка плотная, хорошо сократилась, дно матки стоит на 3

поперечных пальца ниже пупка. Выделилось еще около 100 мл крови. Через 15 минут - в 18 часов 55 минут - роженица почувствовала слабость, пульс стал мягкий - 86 ударов в минуту. Артериальное давление снизилось до 90/50 мм.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Предположить возможные причины коллапса и обозначить план лечения.

Задача № 27.

Первобеременная, 20 лет, поступила в гинекологическое отделение 23.01.2015г. с жалобами на тошноту, слюнотечение, частую рвоту (до 12 раз), не связанную с приемом пищи.

An.morbi. 2 недели назад появилась тошнота, рвота после еды, которая в последующие дни участилась. За это время потеря веса составила 2 кг.

Беременная обратилась к врачу женской консультации и была госпитализирована в гинекологическое отделение.

An.vitae. В детстве болела корью, скарлатиной. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 3-4 дня, через 21 день, болезненные, в умеренном количестве.

Половая жизнь с 19 лет. Последние месячные с 1 по 4.12.2014г.

Данные объективного осмотра: Общее состояние больной относительно удовлетворительное, кожные покровы бледные, суховатые. Телосложение правильное, питание пониженное. Вес 49 кг, рост 168 см. Тоны сердца несколько приглушены. АД 90/60 мм рт.ст. d-s, пульс 92 удара в минуту. В легких - дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Per vaginam: Наружные половые органы развиты правильно, имеется цианоз слизистой влагалища. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненна.

Придатки матки не определяются.

При обследовании обнаружено, что Hb снижен до 96 г/л, количество эритроцитов 3×10^9 /л, общий белок 56 г/л.

В моче ацетон (+++), pH крови 7,32.

Na 129,0 ммоль/л, K 4,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Предположить свой план обследования и ведения больной и основные принципы лечения.

Задача № 28.

Первородящая, 39 лет, поступила в родильный дом . в 20.00 часов с регулярной родовой деятельностью, которая началась в 16.00.

An.vitae. Менструации с 17 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, безболезненные. Последняя менструация с 13 по 17.04.

Половая жизнь с 38 лет. Данная беременность I, протекала без осложнений.

Данные объективного осмотра:

Состояние при поступлении удовлетворительное. Вес женщины 66 кг, рост 154 см. Имеется небольшое искривление голеней, выраженный поясничный лордоз.

Размеры таза: 26-26-31 - 17. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода 146 в минуту, ясное, ритмичное.

Индекс Соловьева 16 см. Крестцовый ромб: вертикальный размер 9 см, горизонтальный 11 см.

За 15 минут до влагалищного исследования излились околоплодные воды, светлые, около 200 мл.

Влагалищное исследование:

Шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины, умеренно растяжимые, открытие маточного зева - 4 см. Плодного пузыря нет.

Головка плода расположена над входом в малый таз. Мыс достижим, диагональная конъюгата 10 см. Прямой размер выхода 8 см, поперечный - 11 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Составить план ведения родов.

3. Особенности механизма родов при этой форме таза.

Задача № 29.

Беременная 25 лет, поступила в родильный дом 17.01. в 19.40 с родовой деятельностью. Регулярные схватки появились 17.01. в 4 часа.

Ан. vitae: В детстве болела корью, гриппом, ангиной. Месячные с 12 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 28 дней, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 22 лет, в браке, 1-ая беременность через год после замужества, окончилась искусственным абортom при сроке 10 недель. После аборта было воспаление придатков матки. Лечилась амбулаторно. Данная беременность 2-я по счету.

Первая половина протекала без осложнений. 2 недели назад появились отеки на ногах. Женскую консультацию не посещала.

Объективно: Самочувствие больной удовлетворительное. Головной боли, болей в эпигастрии нет. Зрение ясное. Лицо одутловатое, значительные отеки в области стоп, голени и на передней брюшной стенке. Температура тела - 36,8 гр. Вес женщины 75кг, рост - 158см. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Пульс - 84 в мин, ритмичный. АД - 150/90 d-s. Округлость живота 100 см, высота стояния два матки - 39 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода, малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 в мин. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд, средней силы, умеренно болезненные. В паузах между схватками матка полностью расслабляется. Мочеиспускание самопроизвольное, без патологии.

Данные вагинального исследования: Шейка матки сглажена. Края маточного зева тонкие, растяжимые, открытие - 5см. Плодный пузырь цел, функционален. Предлежащая головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева спереди, ниже большого. Стреловидный шов в правом косом размере таза. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу и деформации костей таза нет. Выделения слизистые.

Результаты клинического обследования:

а) общий анализ крови:

Эрит. - 3,2 x 10 в 12ст./л; Нб - 126г/л; Лейкоц.- 6,2 x 10 в 9ст./л; Тромбоциты - 280 x 10 в 9ст./л; СОЭ - 12мм/час.

б) общий анализ мочи:

Кол-во - 200 мл. Цвет - темно-желтый. Прозрачность - мутная. Уд.вес - 1023. Белок - 0,1%. Эпителий - умеренное кол-во. Лейкоц. - 3-5 в п/зрения. г. Эрит. 0 - 1 в поле зрения. Соли - нет. Бактерии - нет

Данные кардиомониторного исследования плода: удовлетворительное состояние плода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Предложить план ведения больной.

Задача № 30.

Повторнобеременная 31 года, поступила в родильный дом 25.01. в 6.00 при доношенной беременности с регулярной родовой деятельностью.

Ан. vitae: В детстве болела ОРВИ, корью. Б.Боткина, tbc - отрицает.

Месячные с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 20 лет, 1-я беременность закончилась родами. Вес плода - 3200гр. Ребенок жив. Последние 2 беременности закончились искусственными абортami при сроке 7-8 нед.

После 2-го аборта, который был год назад, производилось повторное выскабливание матки, беременность протекала гладко. Размеры таза нормальные. Вес женщины 80 кг. Данные объективного осмотра: Состояние удовлетворительное. Жалобы на регулярные, схваткообразные боли в области живота. Кожные покровы розовые. Пульс - 78 в мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 120/70 d-s. Cor et pulmon - без патологии. Живот овоидной формы, увеличен соответственно срока доношенной беременности. Схватки через 3-4 минуты, по 45-50 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. В паузах между схватками полностью расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 152 в минуту. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Мочевыделение не нарушено. Данные вагинального исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, растяжимые, открытие его - на 5см. Плодный пузырь цел, функционален. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева, спереди, ниже большого. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достигается. Экзостозов и деформации костей таза нет. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Составить план ведения родов.

Задача №31.

Больная 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей.

Анамнез: в детстве перенесла корь, эпидемический паротит, частые ангины. Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 2 года назад. Половая жизнь с 20 лет. Было 4 беременности: две из них закончились нормальными родами; две другие искусственными абортами по желанию (срок 8-10 недель беременностями) без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает. Последние 2 года интервал между менструациями составляет 2-3-4 месяца. Пятнадцать дней назад у больной после 2 месяцев отсутствия менструаций началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, удовлетворительных качеств. А/Д - 110/70 мм.рт.ст. Телосложение правильное, питание удовлетворительное, кожные покровы бледные. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Осмотр зеркалами: слизистая влагалища и шейки матки без патологии, наружный зев щелевидный, из зева отходят кровяные выделения.

Бимануальное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки находится в правильном положении не увеличено, безболезненное, подвижное. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровяные, обильные.

Вопросы:

1. Поставить диагноз и наметить тактику ведения больного.

2. Как Вы будете проводить дифференциальную диагностику?

Осуществлено диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия с гистероскопическим контролем в день поступления больной. Длина матки по зонду 8 см. Стенки матки гладкие, без деформации. Полученный обильный соскоб послан на гистологическое исследование. После диагностического выскабливания кровотечение прекратилось. Анализ крови: у больной имеется анемия. Назначена антианемическая терапия.

Гистологическое исследование: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

3. Каковы Ваши рекомендации для дальнейшего лечения и реабилитации?

Задача №32.

Пациентка 5 лет, поступила в стационар с жалобами на гнойные выделения из половых путей. Анамнез: в детстве перенесла ветряную оспу. Соматический анамнез не отягощен. Наблюдается врачом неврологом с диагнозом: Синдром гиперактивности. Наследственность не отягощена. Впервые гнойные выделения из половых путей появились 3 месяца назад. При обращении по месту жительства был диагностирован вульвовагинит, проведены три курса местной противовоспалительной терапии без эффекта. Интенсивность гнойных выделений стала нарастать, появился неприятный запах. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, самочувствие ребенка не страдает. АД 95 и 60 мм ртст, ЧСС 92 ударов в минуту. Физическое развитие среднее гармоничное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычного цвета, нормальной влажности без патологических элементов. Со стороны внутренних органов при физикальном осмотре патологии не выявлено. Гинекологический осмотр: Половое развитие Tanner I (Ma1P1Me0) При осмотре области молочных желез железистая ткань не пальпируется, ареолы не изменены, выделений из сосков нет. Наружный гинекологический осмотр. Наружные половые органы изосексуального типа. Большие половые губы сформированы правильно, прикрывают малые половые губы, объемные образования в толще не пальпируются. Малые половые губы сформированы правильно, симметричные. Клитор не увеличен. Наружное отверстие уретры визуализации доступно, топография не изменена. Слизистая преддверия влагалища застойно гиперемирована с очагами мацерации. Вход во влагалище визуализации доступен. Нупен: дифференцирован, типичной анатомической формы, число отверстий 1. Выделения из влагалища гнойные густые обильные с неприятным запахом. Повреждений, патологических элементов и рубцовой деформация в области наружных половых органов нет. Перианальная область – гиперпигментация. Ректоабдоминальное исследование: тело матки допубертатных размеров, нормальной консистенции, подвижное, безболезненное, область придатков матки с обеих сторон не изменена, при пальпации безболезненная, объемные образование в полости малого таза не пальпируются.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Назовите наиболее вероятные причины воспалительного заболевания влагалища у пациентки
3. Сформулируйте и обоснуйте диагностический и лечебный алгоритм

Задача №33.

18-летняя женщина обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие менструации в течение 6 месяцев, увеличение живота, зуд в области наружных половых органов, бели.

Менструации с 13 лет, не регулярные: через 3-6 месяцев по 2-3 дня без боли. Половая жизнь с 17 лет, брак не зарегистрирован. При обследовании выявлено, что матка увеличена до 28 недель беременности. Положение плода продольное. Предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода прослушивается, справа вверх и слева вниз, 130-140. Несколько приглушено.

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, выделения зеленоватые, крошкоподобные.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Что надо сделать для его уточнения?
3. Составить схему обследования данной беременной женщины.
4. Какова группа риска?
5. Какие осложнения следует ожидать в течение беременности, родов и в послеродовом периоде?

Получены мазки на флору. В мазках из "С", "U", "V" - обильное количество лейкоцитов, до 80-100 в поле зрения. Найдены кандиды.

6. Составить план лечебных мероприятий.

Получены данные УЗИ: Беременность 22 недели. Двойня. Анэнцефалия одного из плодов. Многоводие.

7. Окончательный диагноз.

8. Что надо делать?

Задача №34.

Больная 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации. Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 недель беременности. Лечение не проводила. В последний год менструации стали обильными, появилась слабость, плохое самочувствие. В последний раз была у гинеколога полгода назад (величина матки соответствовала 9-недельной беременности). 10 дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени.

Анамнез: в детстве перенесла грипп, болезнь Боткина. Менструации с 11 лет, установились через 6 месяцев (по 6 дней, цикл 24 дня) Последний год I менструации длятся по 8-10 дней, обильные. Половая жизнь с 30 лет. Было 2 беременности: обе закончились искусственными абортами без осложнений.

Объективное обследование: состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. А/Д - 120/80. Кожные покровы и видимые слизистые - бледные. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул в норме. Выделения из половых путей кровяные, обильные.

На зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без патологии. Из цервикального канала - обильные кровянистые выделения. Бимануальное исследование: шейка конической формы, плотноватая. Матка увеличена до 13 недель беременности, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровяные, обильные.

Вопросы:

1. Поставить диагноз:

2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?

Больная госпитализирована в гинекологическое отделение. При осмотре данные те же, что и в женской консультации. Произведено лечебно-диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия с гистероскопией. Кровотечение после выскабливания прекратилось. Анализ крови: гемоглобин - 60г/л, эритроцитов - $1,3 \times 10^{12}$ в 1л, гематокрит - 26, лейкоцитов - $6,2 \times 10^9$ в 1л, (палочкоядерных - 2, сегментированных - 60, лимфоцитов - 30, моноцитов - 6), СОЭ - 23 мм/г.

коагулограмма в норме

Кольпоскопия: слизистая шейки матки без патологических изменений. Гистологическое исследование: из цервикального канала - обрывки слизистой оболочки; из полости матки - железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

3. С какими заболеваниями и что необходимо выполнить для диф диагностики?

4. Поставить клинический диагноз. Рекомендовать вид лечение и обосновать его.

Больной предложена операция, на которую она согласилась.

4. Объем операции? Обосновать.

5. Реабилитация в послеоперационном периоде.

Задача №35.

Больная 47 лет, поступила в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей. Последний год менструации стали более обильными по 2 раза в месяц, болезненными во время менструации, а также после менструации, отмечает слабость. Анамнез: в детстве перенесла грипп, болезнь Боткина, пневмонию. Менструации с 10 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 24 дня), умеренные, безболезненные. В последний раз менструации по 7-10 дней. Половая жизнь с 35 лет, в браке. Всего было 3 беременности: первые 2 закончились искусственными

абортами, 3-я - правосторонняя трубная. Была произведена операция: чревосечение по Пфанненштилю, правосторонняя тубэктомия. Перенесла острое воспаление левых придатков матки, лечилась в стационаре, проводилась противовоспалительная терапия.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. А/Д - 120/80. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Мочеиспускание свободное, без рези. Стул в норме. Выделения из половых путей - кровянистые. На зеркалах: на передней губе на 12 часах имеется эктропион до 3 см в диаметре, не кровоточащий при дотрагивании. Бимануальное исследование: шейка матки конической формы. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, бугристая, округлой формы, неоднородной консистенции. Придатки справа не определяются, область их безболезненна. Слева пальпируются плотные, чувствительные придатки. Выделения кровянистые умеренные.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.

2. Назначить обследование для уточнения диагноза.

Больной произведено УЗИ ОМТ: миометрий неоднородный с наличием 3-х интрамурально-субсерозных узлов диаметром от 0,7 до 1,2 см однородной структуры, изоэхогенных, с умеренной периферической васкуляризацией. Полость матки деформирована субмукозным узлом диаметром 1 см неоднородной структуры с анэхогенными включениями, васкуляризация отмечается только в области основания узла. Эндометрий не выражен. Структура и размеры яичников в норме. Маточная труба слева без особенностей.

Назначена гемостатическая терапия после чего на 2-й день кровянистые выделения из половых путей прекратились.

Кольпоскопия: эктопия шейки матки.

Анализ крови: гемоглобин - 88 г/л, эритроцитов - $2,9 \times 10^{12}$ в 1л, лейкоцитов - $5,6 \times 10^9$ в 1л (палочкоядерных - 6, эозинофилов - 1, сегментоядерных - 60, лимфоцитов - 27, моноцитов - 6), СОЭ - 25 мм/час, отмечаются явления анизоцитоза и пойкилоцитоза эритроцитов.

цитология с шейки матки и цервикального канала обнаружены клетки цилиндрического и плоского эпителия

урогенитальный мазок 2 класса

коагулограмма в норме

Больной предложена операция, на которую она согласна.

3. Каковы показания к операции и ее объем?

4. Рекомендации по ведению на амбулаторном этапе?

Задача №36.

Больная 50 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева. На профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки до 6 недель беременности. Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 2 года к врачу не обращалась. 2 года назад миома матки увеличилась до 10 недель беременности. В течение этих же 2 лет стала отмечать тянущие боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла грипп, ангину, хронический тонзиллит, скарлатину, брюшной тиф.

Менструации с 11 лет, установились сразу по 7 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. В последние годы менструации стали более обильными и болезненными. Последняя менструация наступила в срок. Половую жизнь ведет с 30 лет, замужем. Всего было 2 беременности: первая закончилась искусственным абортом при сроке 12 недель, вторая - искусственным абортом в 7 недель с осложнением: произведено повторное

выскабливание стенок полости матки с целью удаления остатков плодного яйца, после чего развилось двустороннее воспаление придатков матки, проводилась противовоспалительная терапия.

Перенесла гинекологические болезни: двустороннее воспаление придатков матки, вторичное бесплодие.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. А/Д - 100/80. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотная, слегка болезненная матка. Мочеиспускание в норме. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки конической формы, без патологии. Матка увеличена до 14-15 недель беременности со множественными миоматозными узлами, плотная, подвижная, слегка болезненная по левому ребру. Придатки с обеих сторон плотные, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.

Вопросы:

1. Какой диагноз поставил врач женской консультации?

В стационаре больная была обследована. Произведено отдельное диагностическое выскабливание эндометрия и цервикального канала, кольпоскопия шейки матки, УЗИ.

Кольпоскопия: многослойный плоский эпителий не изменен.

Гистологическое исследование: в соскобе из цервикального канала - слизистая цервикального канала, из полости матки - эндометрий в фазе пролиферации.

УЗИ: множественная миома матки (миоматозный узел до 12 см в диаметре, исходит из левого ребра матки, гипоэхогенной структуры, с умеренной периферической васкуляризацией). Маточные трубы расширены, местами до 3 см.

2. Поставить клинический диагноз

Больной предложена операция, на которую она дала согласие.

Каковы показания к операции и ее объем?

5. Реабилитация в послеоперационном периоде.

Во время операции при вскрытой брюшной полости обнаружено: матка увеличена в размере 15-16 недель беременности с множественными различной величины интрамуральными узлами, самый большой из узлов - до 12 см в диаметре - исходил из левого ребра матки и располагался между листками широкой связки; маточные трубы утолщены, в спайках, фимбрии запаяны. Яичники с обеих сторон не изменены. Гистологическое исследование операционного материала: эндометрий в стадии пролиферации, узлы имели строение лейомиомы, в трубах отмечалось хроническое воспаление.

Послеоперационный период протекал гладко. Через 7 дней больная в удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение врача женской консультации.

Задача №37.

Больная 52 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологический стационар с обильным кровотечением. Миома матки обнаружена 6 лет тому назад, увеличение матки соответствовало 10 неделям беременности. Больная была поставлена на профилактический учет. Через 2 года миома матки соответствовала 14 неделям беременности. Врач женской консультации предложил больной оперативное лечение, от которого она категорически отказалась. Более врачу женской консультации не показывалась и на вызов врача не являлась, а через год сменила место жительства.

Вопросы:

1. В чем состояла ошибка врача при первой явке больного в женскую консультацию?

Последние годы стала отмечать частое мочеиспускание и запоры, ноющие боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла скарлатину, грипп, ангину, инфекционный паротит, ревмокардит (с учета снята), аппендэктомия. Менструации с 11 лет, установились сразу, по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 6 лет менструации стали более длительными и обильными, появились тянущие боли внизу живота.

Половая жизнь с 25 лет, замужем. Всего было 2 беременности, первая закончилась срочными нормальными родами, вторая искусственными абортами при сроке беременности 7 недель.

Объективное исследование: состояние больной удовлетворительное.

Пульс 96 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. А/Д - 130/80. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Через брюшную стенку пальпируется матка со множественными миоматозными узлами, плотная, безболезненная. Увеличение матки соответствует 32 неделям беременности. Мочеиспускание частое, без рези. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Больная отмечает отсутствие стула в течение 3-4 дней. Выделения из половых путей кровяные, обильные.

Влагалищное исследование: шейка матки резко деформирована, отклонена за счет шеечных и низкорасположенных узлов вправо. Матка со множественными миоматозными узлами соответствует 32 неделям беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения из половых путей кровяные, обильные.

2. Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования.

Произведено лечебно-диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия с последующей гемостатической терапией. Соскобы отосланы на гистологическое исследование.

Гистологическое исследование: в соскобе из цервикального канала обнаружены обрывки слизистой цервикального канала, в соскобе из полости матки - очень скудный атрофичный эндометрий.

3. Поставить клинический диагноз.

Больной предложена операция, на которую она согласилась

4. Каковы показания к операции и ее объем?

Задача №38.

Больная 40 лет, поступила в гинекологическое отделение стационара с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровяные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4 лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота. Анамнез: в детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией. Дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию. Менструации с 12 лет, установились сразу по 7 дней через 30 дней умеренные, безболезненные. Последние 2 года через 15-16 дней, обильные, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание мушек перед глазами.

Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Всего было 2 беременности: обе закончились искусственными абортами.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. А/Д - 120/80. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на верхушке. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Влагалищное исследование: из канала шейки матки исходит узел миомы диаметром 3см на тонкой ножке. Матка имеет размеры слегка больше нормы, плотная, безболезненная.

Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения - кровяные, обильные.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Какой должна быть тактика врача? Техника выполнения операции.
3. Профилактика рецидива миомы матки.
4. Реабилитация в послеоперационном периоде.

Задача №39.

Больная 32 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темно-кровянистые выделения из половых путей накануне менструации. В детстве перенесла скарлатину, ветряную оспу. Наследственность неотягощена. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 27-29 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 26 лет, в браке, было 3 беременности: первая закончилась срочными нормальными родами, две последующие - искусственными абортми. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, А/Д - 120/75. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Влагалищное исследование: шейка цилиндрической формы, обычной консистенции. Наружный зев закрыт. Матка шаровидной формы, слегка больше нормы, безболезненна, подвижная. Придатки не определяются. Зона их безболезненна. Выделения темно-кровянистые, скудные. На зеркалах: на шейке видны узелковые, мелкокистозные образования багрово-синего цвета. Из отдельных образований отходят темные, кровянистые, скудные выделения.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Необходим ли повторный осмотр данной больной после менструации? Если да, то почему?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить в данном случае для уточнения диагноза?
4. Предложить план лечения больной.

Задача №40.

В гинекологическое отделение доставлена больная 43 лет, с обильными кровяными выделениями из влагалища. Наследственность неотягощена. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня через 28 дней умеренно болезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Было 3 беременности, из которых одна закончилась срочными родами, а две другие - искусственными абортми. Последние 5 лет не беременеет, не предохраняется. В последний год менструации стали нерегулярными - через 1,5-2мес. После 2-х месячной задержки менструация началась за 2 дня до поступления в отделение, обильная, со сгустками крови.

Влагалищное исследование: шейка цилиндрической формы. Слева имеется старый разрыв длиной 2 см. Наружный зев пропускает кончик пальца. Смещение шейки болезненно. Тело матки находится в правильном положении, увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Область правых придатков свободна. Слева пальпируется яичник округлой формы, увеличенный до размеров 5x4x4 см, эластической консистенции, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
Произведено раздельное выскабливание эндоцервикса и эндометрия с гистероскопическим контролем. В первом случае соскоб скудный, во втором обильный. Гистологическое исследование: в соскобе из полости матки выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
2. Каков механизм образования подобной гистологической картины эндометрия?
После выскабливания слизистой полости матки кровотечение прекратилось и больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации

3. Как необходимо лечить больных при таком виде патологии?

Задача №41.

Больная М. 40 лет, поступила в гинекологическое отделение по направлению врача женской консультации. Больная жалуется на выделения из влагалища темного цвета. Анамнез: Наследственность не отягощена. Было три беременности, одна из которых закончилась нормальными родами, две – искусственными абортми без осложнений.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно.

На зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Слизистая влагалища гиперемирована. На задней губе шейки матки имеется белесоватые участки с четкими контурами.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы.

Цервикальный канал закрыт. Движения за шейку матки безболезненны.

Тело матки обычных размеров, подвижно, безболезненно, плотной консистенции.

Область придатков с обеих сторон свободна, безболезненная. Своды глубокие.

Выделения из влагалища желтого цвета,

в умеренном количестве, пенистые.

Результаты обследования.

В мазках лейкоцитов 60-80 в поле зрения, флора смешанная.

Обнаружены *Trichomonas vaginalis*.

При кольпоскопии выявлено два белесоватых участка размерами 1 x 1,5см, расположенных на задней губе шейки матки, без признаков атипии.

В мазке на атипические клетки атипических клеток не найдено.

При обработке раствором Люголя указанные участки на шейке матки дали отрицательную реакцию.

Вопросы:

1. Поставить диагноз

2. Тактика ведения. Составить план обследования с указанием методов обследования.

3. Оценить полученные результаты обследования и поставить на их основании диагноз.

4. Предложите Ваш план лечения на данный момент.

Задача №42.

Больная В. 45 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на появление кровянистых выделений из влагалища после коитуса.

Анамнез: наследственность не отягощена. Было пять беременностей: две закончились нормальными родами; три - искусственными абортми без осложнений. Пятая беременность наступила в 38 лет. Последний раз на осмотре у гинеколога была 6 лет назад.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно.

На зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки гипертрофирована.

На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» размерами 2 x 2см, кровоточащая при дотрагивании инструментом.

Вагинальное исследование: шейка матки гипертрофирована, плотная, подвижная. Тело матки нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей, своды глубокие, инфильтратов в параметральной клетчатке нет.

Выделения сукровичные, скудные.

Ректальное исследование: ампула прямой кишки свободна, слизистая подвижная.

Влагалищная часть шейки матки не увеличена, но плотной консистенции. Опухолевидных образований и инфильтратов в малом тазу нет.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз

2. Составить план обследования с указанием методов обследования.

3. Оценить полученные результаты обследования и поставить на их основании окончательный диагноз.

Результаты обследования:

- 1) в мазках на атипические клетки найдены койлоциты, дискариоз.
 - 2) при кольпоскопии найдены признаки атипических изменений в сосудах поверхностного слоя число их увеличено, резко расширены, папилломатозные разрастания;
 - 3) результат биопсии - умеренно дифференцированная аденокарцинома.
 - 4) УЗИ ОМТ - обращает на себя внимание увеличение размеров шейки матки за счет образования в передней губе шейки матки пониженной эхогенности, неоднородной структуры, неправильной формы с нечеткими контурами с повышенным интенсивным кровотоком размерами 1,5x2,0 см. В остальном УЗИ картина без особенностей. Лимфатические узлы не визуализируются из-за пневматоза кишечника.
- УЗИ органов брюшной полости без особенностей
 - по данным МРТ - 2 повышенной плотности увеличенных в размерах парааортальных лим узла
4. Предложить дальнейшую тактику ведения больной, свой вариант лечения.

Задача №43.

Больная К. 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с умеренными кровянистыми выделениями из влагалища.

Анамнез: наследственность не отягощена. Было четыре беременности: две закончились родами в срок и две - искусственными абортами, без осложнений. Месячные регулярные. В последние 6 месяцев из влагалища стали отходить жидкие серозно-желтые выделения с неприятным запахом, иногда с примесью крови. К врачу не обращалась. Два часа назад после подъема тяжести внезапно из влагалища появились значительные кровянистые выделения.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно.

На зеркалах: шейка матки гипертрофирована, форма ее бочкообразная, темно-багрового цвета, с выраженной сетью капилляров, неподвижна.

Из цервикального канала - кровянистые выделения.

Вагинальное исследование: шейка матки очень плотная, бочкообразная, неподвижная, тело матки контурируется нечетко, не увеличено, плотное, неподвижное за счет инфильтрата в параметральной клетчатке доходящего до костей малого таза.

Ректальное исследование: надвлагалищная порция шейки матки резко гипертрофирована, плотная. В параметриях с обеих сторон имеются плотные инфильтраты, доходящие до стенок таза.

Результаты обследования:

- 1) в мазках на онкоцитологию найдены атипические клетки.
- 2) при кольпоскопии найдены атипические изменения в сосудах поверхностного слоя число их увеличено, они резко расширены; имеются папилломатозные зоны разрастания.
- 3) результат биопсии - умеренно дифференцированная аденокарцинома. Результат соскоба из матки - неизменный эндометрий.

Вопросы:

1. Составить план обследования с указанием методов обследования.

2. Оцените полученные результаты обследования и поставьте на их основании окончательный диагноз.

- УЗИ ОМТ, брюшной полости, пахово-бедренных, подвздошных, парааортальных, надключичных лимф узлов: УЗИ ОМТ - обращает на себя внимание увеличение размеров шейки матки за счет образования в передней губе шейки матки пониженной эхогенности, неоднородной структуры, неправильной формы с нечеткими контурами с повышенным интенсивным кровотоком размерами 5,0 см в диаметре. отмечается изменения, соответствующие инфильтрации тазовой клетчатки, доходящей до костей таза, распространяющуюся на миометрий, заднюю стенку мочевого пузыря, переднюю стенку

прямой кишки, расширение верхней 1/2 части мочеточника слева. 2 повышенной плотности увеличенных в размерах парааортальных лимф узла, 3 - подвздошных.

- ПЭТ-КТ, при невозможности его выполнения: не выполнено

- МРТ ОМТ: - данные соответствуют УЗИ диагностики,

Рентгенография органов грудной клетки, МРТ или КТ головного мозга - патологии не выявлено

-цистоскопию и ректороманоскопию: при цистоскопии с измененного участка слизистой взята биопсия - результат биопсии - умеренно дифференцированная аденокарцинома, при ректороманоскопии - отмечаются инфистрация стенки ректо-сигмоидного отдела, биопсия гистологически патологии не выявила

3. Предложить свой вариант лечения.

Задача №44.

Больная 60 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодические кровянистые выделения из влагалища. Масса тела больной 100 кг при росте 160 см.

Анамнез: наследственность неотягощена. Было двое родов в срок без осложнений. В 30 лет перенесла воспаление придатков матки. Менопауза последние 10 лет. За это время дважды было проведено выскабливание слизистой матки. При гистологическом выскабливании обнаружены полипы эндометрия без признаков озлокачествления.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно.

На зеркалах: шейка матки без патологических изменений. Из цервикального канала - умеренные кровянистые выделения.

Вагинальное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрическая, не увеличена. Тело матки несколько больше нормы, обычной консистенции, подвижное, безболезненное. В придатках с обеих сторон - тяжесть, объемных образований нет. Своды глубокие.

Инфильтратов в малом тазу нет.

Ректальное исследование: инфильтратов и объемных образований в малом тазу нет.

Результаты обследования:

1) в мазках на онкоцитологию атипических клеток не найдено.

2) при кольпоскопии патологических изменений на шейке матки не обнаружено.

3) в соскобах из матки - полипоз эндометрия с явлениями некроза.

4) гистеросальпингография - в маточных углах видны единичные полипы эндометрия, размером 1 x 1 см.

5) по УЗИ: в придатках - норма; определяется утолщенный слой эндометрия до 0,9см.

Вопросы:

1. Составить план обследования с указанием методов обследования.

2. Оценить полученные результаты обследования и поставить на их основании окончательный диагноз.

3. Предложить свой вариант лечения.

Задача №45.

В гинекологическое отделение поступила больная М. 54 лет, с жалобами на периодически возникающие кровянистые выделения из половых путей в течение года.

Анамнез: было двое нормальных родов и три искусственных аборта, без осложнений. Менопауза 4 года. Два года назад было выполнено раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия по поводу длительных мажущих кровянистых выделений из половых путей. При гинекологическом исследовании обнаружены железистые полипы эндометрия.

Проводилось лечение 17-оксипрогестеронкапронатом по 125 мг в течение 6 месяцев. При контрольном диагностическом выскабливании патологической пролиферации не отмечено. Через год вновь появились нерегулярные кровянистые выделения по поводу которых больная и поступила в стационар.

При поступлении АД 170/110. Масса тела 95 кг; рост 160 см. Границы сердца расширены влево на 1-1,5см. Прослушивается систолический шум на верхушке и акцент второго тона на сердце.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. На зеркалах: шейка матки без патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Вагинальное исследование: шейка матки цилиндрическая. Зев закрыт. Тело матки несколько больше нормы, подвижно, безболезненное, обычной консистенции. Область придатков при осмотре без особенностей. Своды глубокие.

Ректальное исследование: Объемных образований и инфильтратов в малом тазу нет.

Результаты обследования:

- 1) в мазке атипических клеток не найдено.
- 2) при кольпоскопии шейка матки без патологии.
- 3) результат гистологического исследования материала: атипическая гиперплазия эндометрия.
- 4) при гистероскопии - гиперплазированный эндометрий.
- 5) по УЗИ - полость матки линейная, виден утолщенный слой эндометрия до 0,9 см.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз:

2. Составить план обследования с указанием методов обследования.

3. Оцените полученные результаты обследования и поставьте на их основании окончательный диагноз. Предложить свой вариант лечения.

Задача №46.

Больная Н. 68 лет. После 18-летней менопаузы из половых путей стали появляться незначительные кровянистые выделения. Первый раз – 8 месяцев назад, второй раз - 3 месяца назад. К врачу не обращалась. В третий раз они появились 3 дня назад, обильные, по поводу чего она направлена в стационар.

Анамнез: менструальная функция без отклонений от нормы. Было 5 беременностей, из них - 2 родов в сроки и 3 искусственных аборта, без осложнений. Страдает гипертонической болезнью. АД 180/100. Тоны сердца приглушены.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно.

На зеркалах: шейка без патологии. Из цервикального канала незначительные кровянистые выделения.

Вагинальное исследование: шейка матки цилиндрическая, подвижная, зев закрыт. Тело матки несколько больше нормы, обычной консистенции, подвижная, безболезненная. Область придатков с обеих сторон без особенностей.

Ректальное исследование: объемных образований и инфильтратов в малом тазу нет.

Результаты обследования:

- 1) в мазках на онкоцитологию клеток без патологии.
- 2) при кольпоскопии патологических изменений в шейке матки не выявлено.
- 3) в соскобе из матки - очаговая пролиферация клеток эндометрия с признаками озлокачествления, из цервикального канала - слизь, кровь.
- 4) по УЗИ в полости матки - гиперплазированный слой эндометрия до 0,8 см.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования с указанием методов обследования.

2. Оценить полученные результаты обследования и поставьте на их основании окончательный диагноз.

3. Предложить свой план лечения.

Задача №47.

Больная Л. 48 лет доставлена в гинекологическое отделение по поводу значительных кровянистых выделений из половых путей. Анамнез: последние нормальные месячные год

назад. В течение последнего года месячные нерегулярные, дважды в месяц, продолжаются в виде мажущих выделений по 8-10 дней. Обратилась к врачу, были назначены препараты, утеротоники, но эффекта не было и она госпитализирована.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. На зеркалах: шейка матки без патологических изменений. Из цервикального канала темно-красные выделения в небольшом количестве со сгустками.

Вагинальное исследование: шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Движения за шейку матки безболезненные. Тело матки увеличено до 7-8 недель беременности, обычной консистенции, подвижно, безболезненное. Область придатков с обеих сторон без особенностей. Своды глубокие. Инфильтратов и опухолевидных образований в малом тазу нет.

Результаты обследования:

- 1) в мазке на онкоцитологию атипических клеток не найдено.
- 2) при кольпоскопии шейка матки без патологии.
- 3) на УЗИ матка увеличена до 7-8 недель беременности, полость матки расширена, с неровными контурами гиперплазирования эндометрия.
- 4) в соскобе из цервикального канала обнаружены сгустки крови; в соскобе из матки - пласты клеток высоко дифференцированного железистого рака эндометрия

Вопросы:

1. Составить план обследования с указанием методов обследования.

По результатам проведенного обследования выявлено:

МРТ органов брюшной полости и малого таза - опухолевое образование без четких контуров 4 см в диаметре, миометрий инфильтрирован на 1/3 толщины стенки матки, 1 тазовых лимф узла увеличены повышенной эхогенности

2. Оценить результаты обследования и поставить на их основании окончательный диагноз.

3. Предложить свой вариант лечения.

Задача №48.

Больная В. 75 лет, находилась в онкологическом диспансере в течение 15 дней и получила сочетанное лучевое лечение по поводу рака тела матки III стадии. Через 15 дней после проведенной терапии у больной появились схваткообразные боли внизу живота. Температура повысилась до 39 градусов.

Гинекологический статус: наружные половые органы атрофичны. На зеркалах: шейка матки без патологии.

Вагинальное исследование: влагалище узкое, атрофичное. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, точечной формы, движения за шейку матки резко ограничены, болезненные. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, неподвижно, резко болезненное, эластической консистенции. Своды с обеих сторон инфильтрированы, доходят до костей таза. Выделения в небольшом количестве, гнойные, с неприятным запахом.

Ректальное исследование: в параметриях с обеих сторон пальпируются плотные инфильтраты, доходящие до стенок таза.

Результат обследования:

- 1) по УЗИ - матка увеличена до 12 недель беременности с жидкостным содержанием
- 2) при зондировании цервикального канала - из матки выделилось большое количество зловонного гноя с примесью крови.

Вопросы:

1. Составить план обследования с указанием методов обследования.

2. Оценить результаты обследования и поставьте на их основании окончательный диагноз.

3. Предложить свой вариант лечения.

Задача №49.

Больная К., 19 лет, поступила с жалобами на приступообразные боли в правой подвздошной области, тошноту, головокружение, скудные кровянистые выделения. Анамнез: заболела 2 часа назад остро, после физической нагрузки. Боли усиливаются постепенно. С усилением болей появилась тошнота, однократная рвота. Менструальный цикл . Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 3 недели назад. Половая жизнь с 17 лет без контрацепции. Роды 1.

объективно: состояние средней тяжести. Гемодинамика не страдает. Живот напряжен в нижнем отделе, больше справа, симптомы раздражения брюшины положительны. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки цилиндрическая. Движение за шейку дает болезненность, в правом своде пастозность. Матка слегка увеличена. Придатки из-за болезненности справа отчетливо не пальпируются, через свод угадывается эластической консистенции резко болезненное образование диаметром около 6 см. Слева придатки без особенностей.

- 1) Диагноз?
- 2) Дополнительные методы обследования?
- 3) Лечение?
- 4) Реабилитация?

Задача №50.

Больная 45 лет. Жалобы на прогрессирующее увеличение живота в течение последнего полугодия, похудание, тупые ноющие боли внизу живота.

Анамнез: к врачу не обращалась. Менопауза 2 года. Было двое родов, без осложнений. При осмотре живот увеличен в объеме, в отлогих частях живота определяется притупление перкуторного звука.

Гинекологический статус: наружные половые органы без особенностей.

На зеркалах: шейка матки без патологии.

Вагинальное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, движения безболезненные. Матка несколько больше нормы, плотная, подвижная, безболезненная. Справа и слева от матки пальпируется бугристые, плотные, ограниченное в подвижности образование, размерами слева 16см x 10см x 10см, справа 18см x 20см x 18см, безболезненное, своды уплощены, в заднем своде пальпируются плотные, безболезненные, «шиповидные» образования.

При ректальном исследовании: слизистая прямой кишки подвижная, в заднем своде влагалища определяются «шиповидные» разрастания, плотные.

Результаты обследования:

- 1) получен геморрагический экссудат в количестве 8 литров; в центрифугате - атипические клетки.
- 2) при УЗИ гениталий с обеих сторон в области придатков определяются бугристые образования, многокамерные; камеры с жидкостным наполнением чередуются с участками выраженного уплотнения, размеры образований с обеих сторон примерно одинаковые и равны 2 x 18 x 16 см. Матка несколько больше нормы, полость линейная.
- 3) при кольпоскопии шейка матки без патологии.
- 4) при Rg-графии желудочно-кишечного тракта без патологии

Вопросы:

- 1) предположительный диагноз
- 2) Составить план обследования с указанием методов обследования.
- 3) Предложить свой план лечения.

Задача № 51.

Женщина 41 года обратилась к врачу с жалобой на уплотнение в левой молочной железе. Она и раньше замечала его, но в последнее время уплотнение стало увеличиваться в размерах.

Впервые больная обнаружила уплотнение в верхнем наружном квадранте левой молочной железы около 4 месяцев назад, но не придавала этому большого значения.

Больная чувствует себя здоровой, лекарственных препаратов не принимает.

Ее двоюродная сестра умерла от рака молочной железы, но остальные родственники раком не страдали.

Родители живы, у отца артериальная гипертензия и ИБС. У больной менструации начались в 12 лет, длятся 4 дня при 30 дневном цикле. Имеет дочь 7 лет. Для предохранения от беременности использует диафрагму.

В 35 лет ей проводили маммографию, но с тех пор (6 лет) исследование не повторяли. У гинеколога она не была больше года.

При объективном исследовании: больная умеренного питания, слегка возбуждена. Выявляется плотное, подвижное образование в верхнем наружном квадранте левой молочной железы размером 2 см. Асимметрии, втягивания или покраснения кожи нет. В правой молочной железе патологии не выявлено.

При осмотре гинекологом - патологии органов малого таза, шейки матки и не выявлено.

Вопросы:

1. Какие дополнительные вопросы Вы бы задали больной.

2. Какие факторы риска возникновения рака молочной железы вы знаете?.

3. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальную диагностику.

4. Какими будут Ваши следующие действия.

При аспирации содержимого опухоли молочной железы жидкость не выделена. На маммограмме хорошо контурируется плотное образование размером 2,2 см в верхнем наружном квадранте левой молочной железы.

Других уплотнений и кальцификатов нет.

Изменения на маммограмме и пальпируемое образование при неудачной попытке аспирации заставили врача рекомендовать биопсию.

Результат пункционной биопсии - инфильтрирующая аденокарцинома.

5. Какая стадия рака у больной.

6. Какое лечение Вы назначите.

7. Каков прогноз заболевания.

Задача № 52.

Больная 31 года, поступила в клинику с жалобами на резкую слабость, неоднократные обморочные состояния, сильные боли в животе, распирающего характера. Боли иррадируют в задний проход и в правую надключичную область.

An.morbi: Считала себя беременной. Заболела сегодня, несколько часов назад, когда внизу живота появились резкие схваткообразные боли, слабость, головокружение, обморочное состояние, частые позывы на мочеиспускание. Ввиду нарастания указанных явлений была вызвана машина скорой помощи.

An.vitae: Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, грипп, ангину. Менструации с 15 лет, без особенностей.

Последние нормальные месячные 2 месяца назад. Были 1 нормальные роды, 2 искусственных аборта, после последнего лечилась в стационаре по поводу острого эндометрита, двустороннего сальпингоофорита.

Объективное обследование: Состояние при поступлении тяжелое. Больная бледная, адинамичная. Пульс - 120 в мин, нитевидный. АД - 65/20. Живот при осмотре умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, там же положительный симптом Щеткина. При перкуссии выраженное притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.

Осмотр при помощи зеркал: Стенки влагалища и шейки матки цианотичны. Выделения из цервикального канала кровянистые, темного цвета.

Бимануальное исследование: Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала закрыт. Смещение шейки резко болезненно. Матку и придатки пальпировать не удается из-за резкой болезненности. Выраженное выбухание заднего свода и болезненность его. Выделения кровянистые.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические симптомы, характерные для установленного диагноза.

3. План ведения и лечения больной.

4. Объем и техника проведения оперативного вмешательства.

5. Реабилитация больной в послеоперационном периоде при внематочной беременности.

Задача № 53.

Больная 30 лет, поступила в клинику 24 августа с жалобами на боли внизу живота, мажущиеся темные кровянистые выделения из половых путей.

Ан.мorbі: Заболела 2 дня назад, когда после задержки менструаций на 10 дней появились боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в задний проход, кровянистые выделения из влагалища.

Беременной себя не чувствовала.

Ан.vітае: Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, ангину. Месячные с 14 лет, через 26 дней, по 3-4 дня, без особенностей. Последние нормальные месячные с 18 по 20/VI. Половая жизнь с 23 лет, в браке. Были одни нормальные роды, 2 искусственных аборта. В течение 3-х лет - хронический двусторонний сальпингоофорит.

Объективное обследование: Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы розового цвета. Молочные железы без особенностей, отделяемого из сосков нет. Пульс - 80 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Температура тела -36,8 гр. АД - 120/80. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Живот при осмотре участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность внизу живота, там же положительные симптомы раздражения брюшины. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не определяется.

Осмотр при помощи зеркал: Шейка матки и слизистая влагалища не изменены. Скудные кровянистые выделения темного цвета из цервикального канала.

Бимануальное исследование: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка отклонена кзади, не увеличена, мягковатой консистенции, подвижная.

Справа в области придатков определяется «ретортообразное» образование размером 6х5х3 см, болезненное. Левые придатки не увеличены, безболезненные. Правый и задний своды несколько уплотнены, болезненные. Выделения темные, кровянистые.

После осмотра больной произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получено 3 мл темной жидкой крови, которая не сворачивается.

Данные клинического обследования:

Общий анализ крови:

Эр - 3,1 х 10 в 12ст./л, Нб - 110 г/л, Лейкоц.-10,0 х 10 в 9ст/л,

Палочкоядерных - 3, СОЭ - 22 мм/час

Общий анализ мочи. Кол-во - 150ml. Цвет - соломенно-желтый.

Прозрачность - прозрачная. Удельный вес - 1026. Белок - отриц.

Лейкоциты - 0-1 в п/зрения. Эрит. 0 - 1 в п/зрения. Соли - нет. Бактерии - нет.

Мазок на флору из цервикального канала, влагалища, уретры и прямой кишки:

	С	VUR	
Лейкоцитов	60-70	40-50	40-50 до 30

Эпителий - в незначительном количестве. Трихомонады - не обнаружены. Гонококки - не обнаружены. Флора - кокковая.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика внематочной беременности.
3. Предложить тактику обследования и ведения больной.

УЗИ ОМТ - эндометрий 18 мм, справа яичник обычных размеров и структуры с наличием желтого тела. Между яичником и стенкой матки округлое жидкостное образование диаметром 15 мм, в заднем своде около 150-200 мл гиперэхогенной жидкости.

качественный тест на беременность - положительный. Количественный - в работе.

4. Окончательный диагноз

5. Факторы риска внематочной беременности

6. Реабилитация?

Задача № 54.

Больная 46 лет, поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5 градусов.

Ан. vitae: В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМС (внутриматочную спираль). Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно, без эффекта.

В связи с резким ухудшением самочувствия доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Ан. vitae: В детстве - корь, ветряная оспа. Б.Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Менструальная функция с 13 лет, по 5 дней, через 28 дней, умеренно болезненные, необильные. Родов двое, без патологии. 3 беременности закончились искусственными абортами, без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективный осмотр: Состояние средней тяжести. Язык сухой, обложен белым налетом. Кожные покровы бледные. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. АД - 120/80. Сег - тоны приглушены. В легких - дыхание везикулярное. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, резко болезнен во всех отделах, симптом Щеткина - Блюмберга резко положителен. В правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука. Мочеиспускание - резко снижено. Стул был дважды, жидкий.

В зеркалах: На шейке матки имеется эрозия, из цервикального канала видны нити ВМС.

Влагалищное исследование: Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев цервикального канала закрыт. Движения за шейку матки резко болезненны. С большим трудом, из-за резкой болезненности живота, в малом тазу угадывается резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12 x 14 x 18 см. Отдельно матку и придатки пропальпировать не представляется возможным. Своды влагалища уплощены, инфельтрированы, резко болезненны. Выделения гнойные, обильные.

Общий анализ крови:

Эритроц.- 3,0 x 10 в 12 ст./л; НЬ - 106 г/л, L - 18,0 x 10 в 9ст./л, палочкоядерных - 9, СОЭ - 32 мм/час. Общий белок крови - 59 г/л. Электролиты крови: Na - 130,0 ммоль/л, К - 2,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Предложить свою тактику ведения больной.
3. Объем оперативного вмешательства у данной больной.

4. Каковы основные направления этиотропной и патогенетической терапии в послеоперационном периоде у данной больной.

6. Реабилитация?

5. Этиология воспалительных заболеваний неспецифической природы.

Результат работы с ситуационной задачей оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка **«отлично»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует свободное владение материалом, умение применять знания в конкретной ситуации; не допускает неточностей (ошибок), анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«хорошо»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует достаточный уровень владения материалом в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«удовлетворительно»** - ординатор правильно, но неполноценно оценил клиническую ситуацию, не смог выделить все патологические синдромы, правильно, но неполноценно изучил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы не в полном объеме, демонстрирует ограниченное владение материалом в конкретной ситуации; допускает неточности (ошибки), которые обнаруживает и быстро исправляет после указания на них членом итоговой экзаменационной комиссии, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«неудовлетворительно»** - ординатор не смог полноценно и грамотно оценить клиническую ситуацию, неправильно выделил основные патологические синдромы, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования, не ориентирован в основных вопросах специальности, установленных программой итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

2.1.4. Критерии оценки проведения итогового экзамена

По окончании ответов обучающихся объявляется совещание экзаменационной комиссии, на котором присутствуют только ее члены. На совещании обсуждаются ответы каждого обучающегося на вопросы экзаменационного билета и дополнительные вопросы. По итогам обсуждения каждому обучающемуся в протокол экзаменационной комиссии проставляется соответствующая оценка.

Знания экзаменуемых определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Формирование оценки осуществляется с использованием системы оценки знаний обучающихся:

В качестве критериев оценки ответа используются:

полнота раскрытия вопросов экзаменационного билета;

логичность и последовательность изложения материала;

аргументированность ответа обучающегося;

умение применять теоретические знания на практике;

способность анализировать и сравнивать различные подходы решения поставленной проблемы;

готовность обучающегося отвечать на дополнительные вопросы по существу экзаменационного билета.

Оценка **«отлично»** ставится обучающемуся, который глубоко, осмысленно, в полном объеме усвоил программный материал, изложил его на высоком научном уровне, проявил способность к самостоятельному анализу и оценке проблемных ситуаций. Усвоил методологические основы (свободно овладел понятиями, определениями, терминами) в сфере профессиональной деятельности, показал умения анализировать и выявлять его взаимосвязь с другими областями знаний, продемонстрировал хорошие практические навыки в конкретной ситуации. Показал способность самостоятельно пополнять и обновлять знания в процессе профессиональной деятельности.

Оценка **«хорошо»** ставится обучающемуся, который полно раскрыл материал, предусмотренный программой, изучил обязательную литературу. Владеет понятиями, определениями, терминами, методами исследования в сфере профессиональной деятельности, умеет установить взаимосвязь изученной дисциплины (модуля) с другими областями знаний. Применяет теоретические знания на практике. Допустил незначительные неточности при изложении материала, не искажающие содержание ответа по существу вопроса.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится обучающемуся, который владеет материалом в пределах программы, знает основные понятия и определения в сфере профессиональной деятельности, обладает достаточными знаниями для профессиональной деятельности, способен разобраться в конкретной практической ситуации.

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится обучающемуся, который показал пробелы в знании основного учебного материала, не может дать четких определений, понятий в сфере профессиональной деятельности, не может разобраться в конкретной практической ситуации, не обладает достаточными знаниями и практическими навыками для профессиональной деятельности.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение аттестационного испытания. Оценки за итоговый экзамен объявляются в день сдачи экзамена после их утверждения председателем ЭК.

2.1.5. Материально-техническое обеспечение

Реализация программы итоговой аттестации предусматривает следующие специальные помещения:

Для проведения итоговой аттестации используются следующие специальные помещения:

Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля, промежуточной и итоговой аттестации, оснащен специализированной мебелью (столы, стулья), учебно-наглядными пособиями (образцы медицинской документации), компьютерной техникой с лицензионным программным обеспечением, с выходом в сеть Интернет и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду образовательной организации.

Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля, промежуточной и итоговой аттестации, помещение для симуляционного обучения, оборудованное фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства: тренажер для отработки навыков снятия и наложения швов №1; хирургический тренажер «Мармелад» с имитацией слоёв КОХН (4 слоя); набор для отработки навыков снятия и наложения швов 1 МАХI; фантом реанимационный (торс) с контролером; тренажер СЛР с подключением к ПК; тренажер родов; фантом новорожденного для демонстрации

биомеханизма родов; фантом новорожденного для неонатальной экстренной помощи; контроллер автоматической системы родов, аускультации плода и СЛР; соединительный кабель для автоматической системы родов; сетевой адаптер для контроллера; стетоскоп; нормальная промежность; эластичная шейка матки; комплект шеек матки с различной степенью раскрытия из 6 шт; комплект вставок для эпизиотомии из 3 шт.(левый срединно-латеральный, перинеотомия, правый срединно-латеральный разрез); 48-часовая послеродовая матка (с вагиной и участком прямой кишки); нормальная плацента; дольки плаценты; пупочный канатик; пакет для жидкости (200мл); шприц (5мл); резиновый жгут; порошок для имитации крови; подушка для проведения приема Леопольда; лубрикант; облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый бактерицидный настенный дезар 5; облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый бактерицидный настенный (дезар 3); ширма медицинская 1 -секционная без колес; ширма медицинская 1-секционная без колес ШМ МСК-302-01; столик туалетно-пеленальный; кушетка медицинская; тумбочка прикроватная; аппарат ЭКГ; ростомер медицинский Р-Сс-МСК(МСК-233); фантом женской промежности для катетеризации мочевого пузыря; расширенный тренажер родовспоможения и неонатальной помощи; фантом самообследования груди, носимый; модель женского таза с гениталиями, сосудами, мышцами, нервами; модель женского таза со связками, сосудами, нервами, мышцами тазового дна и органами; обучающая гинекологическая модель; модель беременности; кукла для педиатрии с повышенным уровнем реалистичности (мальчик); кукла для педиатрии с повышенным уровнем реалистичности (девочка).

Помещение для самостоятельной работы обучающихся, оснащено перечнем основного оборудования: специализированной мебелью для обучающихся и педагогических работников (столы, стулья, доска для написания мелом), интерактивным анатомическим столом, модель I (экран с диагональю 50 дюймов, разрешение 4К), включая установленный «3D-атлас анатомии человека»; материалами учебно-наглядных пособий; техническими средствами обучения: компьютерной техникой с лицензионным программным обеспечением, с выходом в сеть Интернет и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду образовательной организации.