Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 12.10.2023 09:42:50
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757d

Приложение к РПД

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности и молодежной политике
Т.В. Бородулина
«26» мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.О.01 Акушерство и гинекология

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.01 Акушерство и гинекология*

Квалификация: *Врач-акушер-гинеколог*

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Акушерство и гинекология» составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология, утвержденного приказом Минобрнауки России № 6 от 09.01.2023 года, и профессионального стандарта «Врач – акушер-гинеколог», утвержденного приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 19 апреля 2021 г. № 262н.
.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. степень	уч. звание
1	Обоскалова Татьяна Анатольевна	Заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии	д.м.н.	Профессор
2	Севостьянова Ольга Юрьевна	Профессор кафедры акушерства и гинекологии	д.м.н.	Доцент
3	Воронцова Анна Валерьевна	доцент кафедры акушерства и гинекологии	доцент	кандидат медицинских наук
4	Коваль Марина Владимировна	доцент кафедры акушерства и гинекологии	-	кандидат медицинских наук

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:
- руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Свердловской области, к.м.н. Зильбер Н.А. (рецензия от 24.05.2023 г.)

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен:
- на заседании кафедры акушерства и гинекологии (протокол № 4 (7) от 13.04.2023 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от 10.05.2023 г.).

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС, представлен в таблице:

Дидактическая единица	Индикаторы достижения			УК, ОПК, ПК (ФГОС)
Наименование	Знания	Умения	Навыки	
ДЕ-1 Организация работы акушерской службы РФ, Свердловской области, г. Екатеринбурга. Юридические аспекты работы врача акушера-гинеколога. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Превентивные технологии	организацию акушерской и гинекологической помощи населению; основы законодательства Российской Федерации, основные нормативно-технические документы по охране здоровья женского населения, превентивные методы, используемые в акушерстве и гинекологии; основные регламентирующие документы	провести специальное акушерское и гинекологическое обследование пациента, консультировать пациентов, предупреждать инфекции, связанные с оказанием акушерско-гинекологической помощи	сбором анамнеза, проведением опроса, осмотра пациента, методами диспансерного наблюдения, методами профилактики нарушений репродуктивного здоровья	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
ДЕ-2 Физиология и патология беременности. Экстрагенитальные заболевания у беременных	анатомию и физиологию репродуктивной системы, анатомию и физиологию фето-плацентарного комплекса, анатомию и физиологию плода, диагностику, обследования. Назначения при ведении физиологической беременности. Классификации, этиологию, профилактику; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения; диагностику; критерии диагноза; методы лечения при различных акушерских осложнениях Особенности течения и ведения беременности в сочетании с различной соматической паталогией; возможности лекарственной терапии во	провести специальное акушерское и гинекологическое обследование пациента, приемы Леопольда, аускультация плода, пельвиометрия, определение высоты стояния матки, окружности живота, определение срока беременности и родов, предварительной массы плода для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; поставить предварительный диагноз -	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в акушерстве; оказать помощь при родовспоможении; алгоритмом постановки диагноза	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

	время беременности; показания к досрочному завершению беременности	синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата. сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий; сформулировать показания к избранному методу лечения, обосновать фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; заполнить историю болезни	сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	
ДЕ-3 Физиология и патология родов	организацию акушерской и гинекологической помощи населению; протокол ведения нормальных родов. Классификацию, этиологию, профилактику; клиническую картину,	провести специальное акушерское обследование; оценить состояние женщины и плода для принятия решения о	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

	особенности течения возможных осложнений в родах; критерии диагноза; методы лечения в акушерстве, показания и противопоказания к их применению	необходимости оказания им медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом течения родов; обосновать фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; заполнить историю болезни, вести партограмму	общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в акушерстве; оказать помощь при родовспоможении; алгоритмом постановки диагноза сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим привлечением необходимых специалистов.	
ДЕ- 4 Оперативное акушерство	классификации, этиологию, профилактику; клиническую картину, особенности течения, возможных осложнений в процессе беременности и в родах; диагностику; критерии диагноза; методы оперативного лечения и диагностики в акушерстве, родоразрешающие операции, техника, показания и противопоказания, условия их применения	провести специальное акушерское обследование; оценить состояние женщины и плода для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз;	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в акушерстве; оказать	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

		разработать план терапевтических (хирургических) действий; сформулировать показания к избранному методу лечения, обосновать фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; заполнить историю болезни	помощь при родовспоможении; владеть основными диагностическими и лечебными манипуляциями, акушерскими операциями	
ДЕ- 5 Физиология и патология послеродового периода	организацию акушерской и гинекологической помощи населению; особенности течения ведения физиологического послеродового периода, послеродовую контрацепцию; классификации, этиологию, профилактику; клиническую картину, особенности течения возможных осложнений в послеродовом периоде; диагностику; критерии диагноза; методы лечения послеродовых осложнений, показания и противопоказания к их применению	провести специальное акушерское обследование; оценить состояние женщины для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий, с учетом течения родов; обосновать	собрать анамнез, провести опрос женщины и/или ее родственников, методами общеклинического акушерского обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в акушерстве; оказать помощь при родовспоможении; алгоритмом постановки диагноза	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

		фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; заполнить историю болезни, особенности развития, течения и терапии соматической, инфекционной и хирургической патологии у послеродовых женщин	сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	
ДЕ- 6 Анатомия и функция репродуктивной системы у женщины. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья	анатомию и физиологию репродуктивной системы организацию акушерско-гинекологической помощи населению; основные регламентирующие документы. Основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения	провести специальное акушерское и гинекологическое обследование пациента; уметь оценить состояние молочных желез; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз; разработать план профилактических мероприятий; консультировать по подбору метода контрацепции, профилактики ИППП, вакцинации. проводить прегравидарную	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в гинекологии; алгоритмом постановки диагноза сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим направлением	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

		подготовку, заполнить медицинскую документацию	пациента к соответствующему врачу-специалисту	
ДЕ- 7 Воспалительные заболевания женских половых органов	классификации, этиологию, профилактику; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения; дифференциальную диагностику; критерии диагноза; методы лечения (консервативные и хирургические), показания и противопоказания к их применению; клинические протоколы	провести специальное гинекологическое обследование; оценить состояние женщины для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий; сформулировать показания к избранному методу лечения, обосновать фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; заполнить историю болезни, особенности развития, течения и терапии	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в гинекологии; алгоритмом постановки диагноза сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

		соматической, инфекционной и хирургической патологии у женщин любого возраста		
ДЕ- 8 Гиперпластические процессы женских половых органов	классификации, этиологию, профилактику; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения; диагностику; критерии диагноза; методы лечения (консервативные и хирургические), показания и противопоказания к их применению; нормативные документы, клинические протоколы	провести специальное гинекологическое обследование; оценить состояние женщины для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий; сформулировать показания к избранному методу лечения, обосновать фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; заполнить историю болезни	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в гинекологии; алгоритмом постановки диагноза сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

ДЕ- 9 Неотложные состояния в гинекологии. Хирургическая помощь гинекологическим больным	классификации, этиологию, профилактику; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения; диагностику; критерии диагноза; методы лечения в гинекологии, показания и противопоказания к их применению; технику основных хирургических лечебно-диагностических вмешательств; профилатику возможных осложнений, особенности ведения послеоперационного периода, вопросы реабилитации; нормативные документы, клинические протоколы	провести специальное гинекологическое обследование; оценить состояние женщины для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий; сформулировать показания к избранному методу лечения, обосновать фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; выполнять основные виды лечебно-диагностических гинекологических вмешательств; заполнить историю болезни; предупредить и	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в акушерстве; алгоритмом постановки диагноза сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

		своевременно выявлять послеоперационные осложнения		
ДЕ- 10 Нейроэндокринные синдромы в гинекологии	классификации, этиологию, профилактику; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения; диагностику; критерии диагноза; методы лечения в гинекологии, показания и противопоказания к их применению; клинические протоколы	провести специальное гинекологическое обследование; оценить состояние женщины для принятия решения о необходимости оказания медицинской помощи; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз; разработать план терапевтических (хирургических) действий; сформулировать показания к избранному методу лечения, обосновать фармакотерапию при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; заполнить медицинскую документацию	сбором анамнеза, проведением опроса пациента и/или его родственников, методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в гинекологии; алгоритмом постановки диагноза сопутствующей акушерско-гинекологической патологии с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2

2. Аттестационные материалы

2.1. Вопросы экзаменационных билетов с указанием УК, ОПК, ПК

№	**Вопросы**	Компетенции
Организация родовспоможения		
1.	Структура и основные функции женской консультации. Группы женских консультаций	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
2.	Основные формы документации в женской консультации Документация при ведении беременных	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
3.	Основные показатели работы женской консультации и их анализ	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
4.	Врачебно-трудовая экспертиза в акушерской практике. Требования к оформлению дородового и послеродового отпуска	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
5.	Планирование семьи, принципы организации, задачи	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
6.	Прегравидарная подготовка: современные принципы, методы, обоснование необходимости	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
7.	Организация медицинской помощи беременным с экстрагенитальной патологией. Медицинские показания для прерывания беременности. Способы прерывания. Деонтологические особенности ведения, реабилитация	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
8.	Пренатальная диагностика: организация, методы, оценка эффективности	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
9.	Медицинские показания для прерывания беременности. Способы прерывания. Деонтологические особенности ведения, реабилитация	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
10.	Искусственное прерывание беременности у девушек-подростков. Показания, противопоказания, техника, последствия, соматическая и психологическая реабилитация	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
11.	Современные методы контрацепции	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
12.	Организация гинекологической помощи в сельской и городской местности, взаимодействие амбулаторного и стационарного звена, маршрутизация	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
13.	Диспансерное наблюдение гинекологических больных в женской консультации. Виды патологии, группы, особенности ведения	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
14.	Структура и основные функции родильного дома	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
15.	Основные показатели работы акушерского стационара и их анализ	УК-1; ОПК-8, 9, ПК-2
16.	Структура, организация работы и документация родового блока	УК-1; ОПК-8, 9, ПК-2

17.	Основные показатели работы отделения патологии беременных и их анализ	УК-1; ОПК-8, 9, ПК-2
18.	Трехуровневая система организации акушерской помощи на стационарном и амбулаторном этапах	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
19.	Перинатальный центр: определение, группы перинатальных центров, структура, основные функции	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
20.	Маршрутизация беременных женщин, рожениц, родильниц в плановом и неотложном порядке на амбулаторном и стационарном этапах	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
21.	Группы риска пациентов акушерского профиля и показания к госпитализации в акушерский стационар в соответствии с группой риска	УК-1; ОПК-4, 5, 6, 7, 8, 9; 10 ПК-1, 2
Вопросы по акушерству		
22.	Современные методы обследования беременных	УК-1; ОПК- 4, ПК-1, 2
23.	Течение и ведение физиологических родов	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 8; ПК-2
24.	Методы обследования роженицы и тактика ведения физиологических родов	УК-1; ОПК-4, 5, 7. 9, ПК- 2
25.	Принципы и виды обезболивания родов	УК-1; ОПК-5, ПК- 2
26.	Второй период родов: диагностика, ведение, осложнения, профилактика осложнений	УК-1; ОПК- 4, 5, 9; ПК-2
27.	Третий период родов: диагностика, ведение, осложнения, профилактика осложнений	УК-1; ОПК- 4, 5, 9; ПК-2
28.	Ведение физиологического послеродового периода: клиника, методы диагностики, поддержка грудного вскармливания, послеродовая контрацепция	УК-1; ОПК- 4, 5, 9; ПК-1, 2
29.	Беременность и роды при патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы	УК-1; ОПК-4, 5, 7, 9; ПК-1, 2
30.	Беременность и роды при патологии щитовидной железы	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 9; ПК-1, 2
31.	Беременность и роды при пороках сердца	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 9; ПК-1, 2
32.	Беременность и роды при артериальной гипертензии	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 9; ПК-1, 2
33.	Беременность и роды при сахарном диабете	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 9; ПК-1, 2
34.	Беременность и роды при гинекологической патологии: миома матки, кисты яичников, предраковые процессы и рак шейки матки	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 9; ПК-1, 2
35.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, акушерская тактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 10; ПК-1, 2
36.	Узкий таз: диагностика, течение и ведение беременности и родов	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
37.	Клинически узкий таз. Течение и ведение родов	УК-1; ОПК- 4, 5, 7; ПК- 2
38.	Разрывы матки: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 7, 10; ПК-1, 2
39.	Значение резус-фактора в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, диагностика, лечебные мероприятия,	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2

	профилактика.	
40.	Преждевременные роды: этиология, клиника, диагностика, ведение родов, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
41.	Переношенная беременность: диагностика, осложнения для матери и плода, тактика и ведение родов.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
42.	Преэклампсия умеренно выраженная: этиология, патогенез, клиника, диагностика, влияние на плод, оказание неотложной помощи, родоразрешение.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
43.	Тяжелая преэклампсия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, влияние на плод, оказание неотложной помощи, родоразрешение.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
44.	Эклампсия: клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
45.	Тяжелая преэклампсия с преимущественным поражением печени: этиология, клиника, диагностика, ведение беременности и родов	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
46.	Аномалии сократительной деятельности матки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечебные мероприятия	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
47.	Аномалии родовой деятельности во втором периоде родов: этиология, диагностика, тактика.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
48.	Фетоплацентарная недостаточность: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
49.	Внутриутробная гипоксия плода: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
50.	Тазовые предлежания плода: этиология, диагностика, биомеханизм, течение и ведение родов, виды ручного пособия по Цовьянову, классическое ручное пособие, другие пособия	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
51.	Разгибательные предлежания плода, течение и ведение родов. Биомеханизм родов	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
52.	Кровотечения в раннем послеродовом периоде: этиология, клиника, диагностика, лечение, методы профилактики	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
53.	ДВС – синдром в акушерской практике: этиология, клиника, диагностика, лечение, методы профилактики	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
54.	Разрывы промежности: этиология, классификация, клиника, способы ушивания, ведение в послеродовом периоде	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
55.	Разрывы шейки матки: классификация, клиника, способы ушивания, ведение в послеродовом периоде	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
56.	Позднее послеродовое кровотечение: этиология, организация помощи, диагностика и лечение	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
57.	Кесарево сечение, показания, виды операций и техника	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
58.	Полостные акушерские щипцы: показания, противопоказания, условия, осложнени.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
59.	Выходные акушерские щипцы: показания, противопоказания, условия, техника, исходы для плода	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
60.	Гнойно-воспалительные заболевания в послеродовом периоде. Классификация, клиника, диагностика, тактика, терапия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
61.	Послеродовый эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение, методы профилактики	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
62.	Акушерский перитонит: клиника, диагностика, лечение, методы профилактики.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
63.	Сепсис в акушерской практике: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2

60.	Эмболия околоплодными водами: этиология, клиника, диагностика, акушерская тактика, интенсивная терапия	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
61.	Заболевания молочных желез в послеродовом периоде: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
Вопросы по гинекологии		
62.	Система регуляции репродуктивной функции женщины, методы диагностики при её патологии	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
63.	Патология вульвы и влагалища: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
64.	Предраковые заболевания шейки матки: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
65.	Рак шейки матки, этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
66.	Микробиоценоз влагалища в норме и при патологических состояниях	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
67.	Бактериальный вагиноз: этиология, клиника, диагностика, лечение, критерии излеченности	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
68.	Внематочная беременность: этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, неотложная помощь, реабилитация.	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
69.	Апоплексия яичника: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечебные мероприятия	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
70.	Некроз фиброматозного узла: причины, клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
71.	Прерывание беременности в поздние сроки. Показания, противопоказания, техника, осложнения, реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
72.	Операция медицинского аборта в ранние сроки: показания, противопоказания, условия, осложнения, реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
73.	Искусственное прерывание беременности у девушек-подростков. Показания, противопоказания, техника, последствия, соматическая и психологическая реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
74.	Климактерический синдром: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
75.	Предменструальный синдром: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
76.	Задержка полового развития девушек-подростков: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
77.	Аменорея: классификация, методы обследования при различных ее формах, лечебные мероприятия	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
78.	Аменорея: этиология, клиника, диагностика, лечение	УК-1; ОПК- 4, 5; ПК-1, 2
79.	Олигоменорея: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечебные мероприятия	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
80.	Доброкачественные эпителиальные опухоли яичников: классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
81.	Аномалии развития женских половых органов: классификация, диагностика, реконструктивная хирургия	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
82.	Воспалительные процессы нижнего этажа полового тракта: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика.	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
83.	Хронические воспалительные заболевания верхнего этажа полового тракта женщин: причины, клиника, диагностика, лечение реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2

84.	Острый и хронический эндометрит в гинекологической практике: этиология, клиника, диагностика, лечение, реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
85.	Острый аднексит: этиология, клиника, диагностика, лечение	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
86.	Пельвиоперитонит в гинекологической практике: этиология, клиника, диагностика, лечебные мероприятия	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
87.	Перитонит в гинекологической практике этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения, реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
88.	Сепсис в гинекологической практике	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
89.	Бактериальный шок в гинекологической практике, этиология, клиника, диагностика, лечение	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
90.	Лейомиома матки: этиология, клиника, диагностика, лечение	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
91.	Субмукозная миома матки клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
92.	Саркома матки: клиника, диагностика, лечебные мероприятия.	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
93.	Эндометриоз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, виды неотложных состояний, помощь.	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
94.	Современные методы контрацепции.	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
95.	Гормональная контрацепция: виды, возрастные особенности, факторы риска, преимущества.	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
96.	Особенности контрацепции в различные возрастные периоды жизни женщины	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
97.	Внутриматочная контрацепция, виды, показания, недостатки и преимущества	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
98.	Кольпо- и вульвоскопия. Показания, техника, диагностическое значение, классификация	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
99.	Органосохраняющие и радикальные операции на яичниках, виды, техника, показания, осложнения, исходы	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
100.	Органосохраняющие и радикальные операции на матке, виды, техника, показания, осложнения, исходы	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
101.	Привычное невынашивание беременности: классификация, диагностика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
102.	Привычное невынашивание беременности: этиология, клиника, диагностика, лечение, прегравидарная подготовка	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
103.	Привычное невынашивание беременности эндокринного генеза: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
104.	Бесплодие: классификация, этиология, диагностика, лечебные мероприятия.	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
105.	Прегравидарная подготовка: современные принципы, методы, обоснование необходимости	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
106.	Мочеполовые и кишечнополовые свищи: этиология, диагностика и лечение	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
107.	Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
108.	Аномальные маточные кровотечения в репродуктивном периоде: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2

109.	Аномальные кровотечения в периоде менопаузального перехода: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
110.	Аномальные кровотечения в постменопаузальном периоде: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
111.	Прерывание беременности в поздние сроки. Показания, противопоказания, техника, осложнения, реабилитация	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
112.	Предраковые заболевания эндометрия: формы, клиника, диагностика, лечение	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
113.	Рак эндометрия: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
114.	Инфекции, передаваемые половым путем, в гинекологической практике. Этиология, клиника, диагностика, осложнения, лечебные мероприятия	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
115.	Бактериальный вагиноз: этиология, клиника, диагностика, лечение, критерии излеченности, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
116.	Предоперационная подготовка и послеоперационные осложнения в гинекологии, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
117.	Виды хирургических вмешательств в гинекологии (полостная, вагинальная и внутриматочная хирургия): показания, техника, преимущества	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
118.	Органосохраняющие и радикальные операции на яичниках, виды, техника, показания, осложнения, исходы	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
119.	Органосохраняющие и радикальные операции на матке, виды, техника, показания, осложнения, исходы	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
120.	Органосохраняющие и радикальные операции на маточных трубах, виды, техника, показания, осложнения, исходы	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
121.	Кисты яичников: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2
122.	Трехуровневая система организации оказания медицинской помощи больным с гинекологическими заболеваниями =на амбулаторном и стационарном этапах	УК-1; ОПК- 4, 5, 6, 7, 8, 9; ПК-1, 2

Экзаменационный билет включает 4 вопроса:

1 вопрос – Вопросы организации родовспоможения
2 вопрос – Вопросы акушерства
3 вопрос – Вопросы гинекологии
4 вопрос – Вопросы оперативной техники

Примеры экзаменационных билетов:

Билет №1

1. Структура и основные функции женской консультации.
2. Беременность и роды при сахарном диабете.
3. Диспансерное наблюдение гинекологических больных в женской консультации. Виды патологии, группы, особенности ведения.
4. Эндометриоз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, виды неотложных состояний, помощь.

Билет №2

1. Значение резус-фактора в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, диагностика, лечебные мероприятия, профилактика.
2. Преэклампсия умеренно выраженная: этиология, патогенез, клиника, диагностика, влияние на плод, оказание неотложной помощи, родоразрешение.
3. Саркома матки: клиника, диагностика, лечебные мероприятия.
4. Бактериальный шок в гинекологической практике, этиология, клиника, диагностика, лечение.

Билет №3

1. Структура и основные функции родильного стационара.
2. Беременность и роды при патологии щитовидной железы
3. Аменорея: классификация, методы обследования при различных ее формах, лечебные мероприятия.
4. Внематочная беременность: этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, неотложная помощь, реабилитация.

2.2. Ситуационные задачи

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 1

Роженица Р., 35 лет, поступила в роддом с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота, которые появились 6 часов назад. Спустя 1 час отошли воды в количестве более трех литров, светлые.

***Из анамнеза*:** Беременность четвертая, первые роды в 25 лет, без особенностей. Вторая беременность закончилась медицинским абортом в сроке 12 недель, осложнившимся кровотечением по поводу остатков плодного яйца. Третьи роды – в срок – осложнились ручным отделением и выделением последа (интимное прикрепление плаценты).

***Объективно*:** Состояние удовлетворительное. Рост = 169 см, масса тела = 74 кг. АД = 155/90 мм рт.ст., ЧСС = 80 в 1 мин. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Окружность живота = 108 см. Высота стояния дна матки = 33 см.

Положение плода поперечное, позиция 2-ая. Определяется неясная предлежащая часть, прижатая к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 176 уд в 1 мин.

Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки на 10 см, в плоскости входа в малый таз определяется вколотившееся плечико. Плодного пузыря нет. Таз емкий. Мыс не достигается.

***Результаты стационарного исследования*:**

Группа крови: O (I) Rh – положительная.

ОАК: Эритр. = 3,2 * 10^{12}/л, Hb = 103 г/л, Лейкоциты = 9,5 * 10^{9}/л: э = 2%, п/я = 6%, с/я = 65%; Лимф. = 7%, Мон. = 20%. Тромб. = 212 *10^{9}/л. СОЭ = 40 мм/час.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция – кислая, белок = 0,33 г/л, сахар – отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейк. = 4-6 в п/зр.

УЗИ: Плод соответствует доношенной беременности, поперечное положение плода, спинка обращена вниз, плацента по передней стенке, 3 степени зрелости.

КТГ: 6 баллов.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий = 10 – 20 в п/зр., лейкоциты = до 30 в п/зр. Флора – смешанная, обильно, «ключевые клетки». Гонококки и трихомонады – отр.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

3. Охарактеризуйте медико-социальную значимость проблемы осложнений течения беременности и родов, основные причины, факторы риска, приоритетные меры профилактики. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данной пациентке в связи с беременностью и родами; какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Второй период своевременных родов. Раннее отхождение вод. Многоводие. Запущенное поперечное положении плода, вторая позиция, задний вид. Острая гипоксия плода. Бактериальный вагиноз. Умеренная преэклампсия. Анемия 1 степени. ОАА.

Обоснование диагноза:

- Раскрытие маточного зева до 10 см является полным и завершает первый период родов; о сроке беременности можно судить по данным УЗИ (плод соответствует доношенной беременности)
- Отхождение вод до 6 см открытия является ранним;
- Количество околоплодных вод объемом в 3 литра указывает на многоводие, которое явилось причиной поперечного положения плода;
- Запущенным поперечным положение становится при неподвижности плода из-за отхождения задних околоплодных вод, плотного охвата и вколачивания плечика в плоскости входа в малый таз;
- Значительное сдавление плода из-за отсутствия задних вод, вызвало острую гипоксию плода, что подтверждено КТГ исследование в 6 баллов и частотой приглушенного сердцебиения 176 ударов в минуту;
- Бактериальный вагиноз – наличие «ключевых» клеток и смешанной микрофлоры при микроскопии влагалищного мазка на фоне нормального количества лейкоцитов
- Умеренная преэклампсия – на основании увеличения АД- 155/90, протеинурии-0,33г/л; Анемия 1 степени – уровень гемоглобина 103 г/л.
- Акушерский анамнез отягощен абортом с кровотечением, а при второй беременности – интимным прикреплением последа с ручным отделением последа и кровотечением при вторых родах.

Исходя из условия задачи и диагноза, показана госпитализация в родильное отделение. Лечебные мероприятия должны включать:

1) Дача наркоза для снятия родовой деятельности, как профилактика развития возможного разрыва матки.
2) Срочное родоразрешение (вколоченное плечико, острая гипоксия плода, безводный промежуток 5 часов) путем корпорального кесарева сечение под интубационным наркозом.
3) Интраоперационно и в послеоперационном периоде – антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики необходимость в дополнительных исследованиях отсутствует, однако представляется целесообразной консультация анестезиологом-реаниматологом для подготовки к срочному родоразрешению. Необходимо также исследование уровня железа в сыворотке крови и ОЖСС (для уточнения генеза анемии и решения вопроса о этиопатогенетическом её лечении).

3. Медико-социальные и организационные аспекты проблемы.

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 2

Беременная Д., 30 лет, поступила в роддом в 17 часов с жалобами на отхождение околоплодных вод 6 часов назад.

Из анамнеза: Беременность первая, доношенная. Во второй половине беременности АД повышалось до 140/90 – 130/80 мм рт. Ст. От госпитализации категорически отказывалась, о чем в индивидуальной карте беременности имеются записи.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 165 см. Масса тела = 73 кг. АД = 155/90 – 152/95 мм рт.ст. Окружность живота = 97 см. Высота стояния дна матки = 34 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение = 148 уд в 1 мин. Размеры таза: 24-26-29-19 см. Регулярной родовой деятельности нет. Обильно подтекают воды, слегка окрашены меконием. Голени ног и передняя брюшная стенка отечны. Учитывая преждевременное излитие вод, начато родовозбуждение окситоцином, противосудорожная и гипотензивная терапия. В 23 часа родовозбуждение закончено. Схватки через 4-5 мин., по 15-20 сек., слабой силы. Головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода = 160-170 уд в 1 мин., аритмичное. Подтекают воды, окрашенные меконием. Через 20 мин. Сердцебиение плода исчезло.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие = 6 см, плодного пузыря нет, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа сзади.

***Результаты стационарного исследования*:**

Группа крови: В (III) Rh – отрицательная, без титра антител.

ОАК: Эритр. = 2,5 * 10^{12}/л, Hb = 100 г/л, ЦП = 0,8; Лейкоциты = 10,4 * 10^{9}/л: э = 1%, п/я = 6%, с/я = 68%; Лимф. = 20%, Мон. = 5%. Тромб. = 185 *10^{9}/л. СОЭ = 40 мм/час.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция – кислая, белок = 0,3 г/л в двух порциях мочи через 6 часов, сахар – отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейк. = до 14 в п/зр., эритр. – ед. в п/зр.

УЗИ (при поступлении): Беременность одним живым плодом. Плацента по задней стенке, 3 степени зрелости. По фетометрии – задержка роста плода.

КТГ (при поступлении): 5 баллов.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий – незначительное количество, лейкоциты = 20 в п/зр., флора – кокки обильно, гонококки – отр., трихомонады – отр.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.
3. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данной пациентке в связи с беременностью и родами; какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены. Охарактеризуйте медико-социальную значимость проблемы перинатальной смертности, факторы риска, приоритетные меры профилактики. Каков порядок предоставления информации врачом женщине о состоянии её здоровья и права пациентки при проведении медицинских вмешательств?

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Первый период своевременных родов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Задний вид затылочного предлежания. Общеравномерно суженный таз I степени. Тяжелая преэклампсия. Родовозбуждение окситоцином. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода. Прогрессирующая гипоксия плода. Интранатальная гибель плода. Анемия 1 степени. Резус-отрицательная кровь без титра антител.

Обоснование:

- О доношенности беременности можно судить по ВДМ и ОЖ, данных для более точно определения срока беременности в задаче нет.
- Отхождение вод до начала родовой деятельности является преждевременным.
- При влагалищном исследовании расположение стреловидного шва – в левом косом положении, а малого родничка справа и кзади – задний вид, который является условно патологическим.
- Тяжелая преэклампсия – на основании увеличения АД, протеинурии; для определения степени тяжести преэклампсии необходимы данные об уровне АД и протеинурии, а также – о дополнительных критериях тяжести, в частности, задержке роста плода, состоянии плода и наличии экстрагенитальной патологии; в данном случае есть данные только по уровню АД и белка в моче, что соответствует умеренной преэклампсии. Однако наличие задержки роста плода указывает на тяжелую преэклампсию.
- Анатомически узкий таз – равномерное уменьшение всех размеров свидетельствует о наличии общеравномерносуженного таза 1 степени (по величине истинной конъюгаты, равной 10 см)
- Плацентарная недостаточность, задержка роста плода – по данным УЗИ
- Наличие мекония при головном предлежании определяет гипоксию плода, а данные КТГ указывают на выраженную степень (5 баллов). На состояние плода указывают задержка роста плода (по данным УЗИ).
- Отсутствие сердцебиения плода свидетельствует о его внутриутробной (а именно – интранатальной, то есть в родах) гибели.
- Анемия 1 степени – уровень гемоглобина 103 г/л.

2. Исходя из условия задачи и диагноза, показана госпитализация пациентки в перинатальный центр 3-А группы. При поступлении необходимо начать антигипертензивную терапию (метилдопа, нифедипин) и противосудорожную терапию 25% растровом серно-кислой магнезии: установить периферический внутривенный катетер, внутривенно, болюсно 16мл (4г сухого вещества) раствора магнезии, затем инфузоматом со скоростью до 2г/час.
3. При интранатальной гибели плода роды предпочтительно заканчивать через естественные родовые пути, тем более у Rh (-) женщины с анемией. Продолжать стимуляцию родовой деятельности, лечение преэклампсии, эпидуральная анестезия.
4. Для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики необходимо: оценить состояние плода до родовозбуждения. Провести «нестрессовый» тест – КТГ, а также допплерометрию материнской и плодовой гемодинамики. Определить готовность родовых путей к родам – шеечный тест «зрелости шейки матки».
5. Если данные методы не выявили противопоказаний – проводить родовозбуждение под мониторным контролем состояния плода и характером родовой деятельности. Даже при отсутствии дополнительных методов исследования, роды у беременной 30 лет с наличием преждевременного излития околоплодных вод, хронической гипоксией плода, задержкой роста плода, узким тазом и тяелой преэклампсией необходимо было завершать оперативным путем – посредством операции кесарева сечения, а не проводить родовозбуждение окситоцином, усиливающим внутриутробное страдание плода. Показано обследование терапевтом, гистоморфологическое исследование плода и плаценты.

3. Медико-социальные и организационные аспекты проблемы.

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 3

Больная К., 32 года, обратилась в женскую консультацию к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет при регулярной половой жизни без предохранения,

потливость, слабость, периодически - боли внизу живота ноющего характера и повышение температуры тела до 37,5°С.

Из анамнеза: В детстве перенесла корь, краснуху, воспаление легких, частые ангины; в 14 лет – аппендэктомия, в 18 лет – тонзилэктомия. Имела контакт с туберкулезом на работе. Менструации с 14 лет. Менструальный цикл установился сразу через 30 дней по 4-5 дней, обильно, умеренно болезненно. За последние 5 лет цикл изменился: задержки менструального цикла до 10-21 дня, менструация резко болезненная. Половая жизнь с 22 лет. Предохранение – по циклу, презервативы, прерванный половой акт. Беременностей не было. Ранее перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 170 см. Вес = 55 кг. Ps = 88 уд. В 1 мин. АД = 110/70 – 100/60 мм рт. Ст. Кожа и видимые слизистые бледные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу; слизистая влагалища и шейки матки бледно-розовая, тонкая. Выделения умеренные, слизистого характера, желтоватые. Шейка матки эластичной консистенции, субконическая, цервикальный канал – зев точечный; тело матки меньше нормы, грушевидной формы, ограничено подвижное, в retroflexio. В области придатков с обеих сторон определяются уплотненные узловатые участки, яичники диаметром до 3,5-4 см, плотной консистенции, возникает болезненность при пальпации и их смещении; своды глубокие.

Результаты амбулаторного обследования:

Группа крови: B(III), Rh – положительная.

ОАК: Эритр. = 3,3 * 10^{12}/л, Hb = 120 г/л, Лейкоциты = 8,5 * 10^{9}/ л: э = 1%, п/я = 4%, с/я = 74%; Лимф. = 17%, Мон. = 4%. Тромб. = 200 *10^{9}/ л, СОЭ = 11 мм/час.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1010, реакция – слабо кислая, белок – отр., сахар – отр., эпителий плоский = 2-3 в п/зр, лейкоциты = 1-2 в п/зр.

Биохимическое исследование крови: Сахар = 4,5 ммоль/л. Билирубин общий = 14,0 мкмоль/л. Общий белок = 65 г/л.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий = сплошь. Лейкоциты = 25-30 в п/зр. Флора – кокки. Трихомонады, гонококки - не обнаружены.

Гистеросальпингография: Полость матки правильной формы, обе трубы непроходимы и имеют четкообразный вид.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).**
2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.**
3. **Охарактеризуйте современную медико-социальную значимость проблемы репродуктивного здоровья населения РФ. Определите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данной пациентке; какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Первичное бесплодие. Гипоменструальный синдром. Вторичная дисменорея. Туберкулез внутренних половых органов.

Обоснование диагноза:

- Отсутствие наступления беременности в браке без использования методов контрацепции и регулярной половой жизни в течение года, является первичным бесплодием.

- Задержки менструации до 3 недель – олигоменорея.
- Вторичная дисменорея – появление болезненности менструации через длительный промежуток после менархе.
- Подозрение на туберкулез полового тракта возникает при наличии: субфебрильной температуры, потливости и слабости, контакта с больным туберкулезом; вторичной дисменореи, данных влагалищного исследования, с описанными изменениями, без наличия гинекологических (воспалительных) заболеваний в анамнезе; показаниях ОАК и гистеросальпингографии, при которой – обе трубы непроходимы и имеют четкообразный вид.

Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- специфическая противотуберкулезная терапия;
- восстановление репродуктивной функции после специфической терапии (восстановление гормонального фона, подготовка эндометрия перед проведением ЭКО).

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- направление больной на консультацию к фтизиогинекологу (или госпитализация больной во фтизиатрический стационар для выполнения необходимых уточняющих исследований и определения оптимального объема лекарственной терапии).
- пробы Манту и Коха.
- бактериологическое исследование аспирата из полости матки;
- биопсия эндометрия с гистологическим исследованием;
- рентгенография грудной клетки;
- обследование супруга (исключение туберкулеза, оценка характера спермы).

3. Медико-социальные и организационные аспекты проблемы.

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 4

Больная П., 43 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на появления кровянистых выделений из влагалища после коитуса.

Из анамнеза: Менструация с 13 лет, регулярно, через 28 дней по 6 дней, умеренно, слегка болезненно в первый день. Всего было 5 беременностей: 2 из них закончились срочными родами, 3 медицинскими абортами (2 из которых без осложнений, а последний осложнился кровотечением, по поводу чего произведено повторное выскабливание). Последний раз была на осмотре у гинеколога 6 лет назад. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Ps = 78 уд. В 1 мин. АД = 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Влагалищный осмотр: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки гипертрофирована. На передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» размерами 2*1 см, кровоточащая при дотрагивании. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки гипертрофирована, плотная, подвижная. Тело матки обычных размеров, область придатков свободна.

Ректальное исследование: надвлагалищная часть шейки матки несколько уплотнена, но не увеличена. В малом тазу опухолевые образования и инфильтраты не определяются.

Результаты амбулаторного обследования:

Группа крови: 0 (I), Rh-положительная.

ОАК: Эритр. = $3{,}8*10^{12}$/л, Hb = 120 г/л, ЦП = 1,0. Лейкоциты = $8{,}0*10^{9}$/л: э = 2%, п/я = 4%, с/я = 67%; Лимф. = 22%, Мон. = 4%. Тромб. = $180*10^{9}$/л. СОЭ = 18 мм/час.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1015, реакция – кислая, белок – отр., сахар – отр., эпителий плоский – единичный., лейкоциты = 6-8 п/зр.

Гистологическое исследование биоптата шейки матки: Клетки железистой ткани,

крупные, с гиперхромными ядрами. Контуры этих ядер неправильные.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий = сплошь. Лейкоциты = 45-60 в п/зр. Флора – кокки, в умеренном количестве. Трихомонады, гонококки не обнаружены.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).**
2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.**
3. **Укажите, на каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данной пациентке: какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены. Охарактеризуйте медико-социальную значимость онкологических заболеваний, факторы риска, приоритетные виды профилактики, организацию специализированной медицинской помощи.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Рак шейки матки.

Обоснование нозологической формы:

- Специфический вид разрастаний на шейке матки в виде «цветной капусты», кровоточивость при прикосновении; характерные изменения эпителия при гистологическом исследовании.

Исходя из условия задачи и диагноза, тактически оправдана госпитализация в онкогинекологичекое отделение для проведения оперативного лечения.

Лечебные мероприятия должны включать: оперативное лечение – экстирпация матки с придатками и лимфоузлами малого таза (операция Вертгейма), поскольку отсутствие изменений со стороны матки и придатков предполагает первую стадию распространения процесса, при которой показано данное оперативное вмешательство или радиотерапия.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- Направление больной на консультацию к онкологу.
- Лимфография, послеоперационное гистологическое исследование матки и лимфатических узлов.
- Гистологическое исследование послеоперационного материала определит дальнейшую тактику ведения пациентки.

3. Медико-социальные и организационные аспекты проблемы.

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 5

Больная Ж., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, постоянного характера с иррадиацией в крестец. Повышение температуры по вечерам до 37,6^{o}С .

<u>Из анамнеза:</u> Последняя менструация в срок, более обильная, протекала болезненно, с повышением температуры до 37,3^{o}С. Протекали продолжительнее на 3 дня. ВМС 3 года. Перед месячными случайная половая связь.

<u>Объективно:</u> Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Ps = 86 уд. В 1 мин. АД = 128/80 мм рт.ст. Язык обложен былым налетом, суховат. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины нет.

Влагалищный осмотр: слизистая влагалища умеренно гиперемирована, отечна, видны усики ВМС. Выделения кровянисто-гнойные, скудные. Нависания сводов нет. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, движения умеренно болезненные,

матка в anteflexio, увеличена до 5-6 нед. срока беременности, мягковатой консистенции, умеренно болезненная при пальпации и смещении. Придатки определяются, безболезненны.

<u>Результаты амбулаторного обследования:</u>

Группа крови: 0(I), Rh-положительная.

ОАК: Эритр. = $3,8*10^{12}$/л, Hb = 120 г/л, ЦП = 1,0, Лейкоциты = $11,0*10^{9}$/л: (э = 2%, п/я = 6%, с/я = 67%; Лимф. = 22%, Мон. = 3%), Тромб. = $180*10^{9}$/л. СОЭ = 18 мм/час.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1015, реакция – кислая, белок – отр., сахар – отр., эпителий плоский – единичный., лейкоциты = 10-12 в п/зр.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий = сплошь. Лейкоциты = 45-60 в п/зр. Флора – кокки, в умеренном количестве. Трихомонады обнаружены. Диплококки – внеклеточно.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).**
2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.**
3. **Охарактеризуйте особенности оказания медицинской помощи женщинам, проживающим в сельской местности. Каковы задачи и функции врача общей практики (семейного врача) при осуществлении диспансерного наблюдения за женщинами фертильного возраста, его взаимодействие с медицинскими учреждениями. На каких организационных этапах следует оказывать медицинскую помощь данной пациентке: какие виды, формы и условия оказания медицинской помощи должны быть при этом обеспечены?**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. <u>Диагноз заболевания и его обоснование:</u> Эндометрит. Смешанная гонорейно-трихомонадная инфекция. ВМС.

Обоснование нозологической формы:

- боли постоянного характера с иррадиацией в крестец, повышение температуры тела; кровянисто-гнойные выделения из цервикального канала, увеличенная, болезненная матка.
- возникновение заболевания после случайной половой связи перед очередной менструацией.
- в крови лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ; в анализе влагалищного мазке – лейкоциты, трихомонады и, внутриклеточно, диплококки.

Исходя из условия задачи и диагноза, лечебные мероприятия должны включать:

✓ стационарное лечение с использованием антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон внутримышечно или внутривенно 1,0-2,0 – доза подбирается в зависимости от состояния 1-2 раза в день, 7- 10 дней; метрогил, 100 мл внутривенно капельно, 3 раза в сутки,3 дня, в дальнейшем перевод на прием таблеток метронидазола 0,5- 2 раза в день),

✓ дезинтоксикационная терапия (солевые растворы, объем – от тяжести состояния),

✓ удаление ВМС,

✓ спазмолитики – папаверин, 2,0 мл 2раза в день внутримышечно 5-7 дней,

✓ ненаркотические анальгетики – анальгин 2,0 мл 2 раза в день внутримышечно 5-7 дней,

✓ местно во влагалище – ванночки-обработка влагалища и шейки перекисью водорода 3% или раствором хлоргексидина, свечи –гексикон или клион Д №10, противогрибковые препараты – микосист 150 мг,

✓ физиотерапия (в зависимости от наличия кровотечения – ЭФ на область органов малого таза с $CuSO_4$ или с $CaCl_2$).

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- направление больной на консультацию к дерматовенерологу, постановка больной на учет и снятие с учета после трехкратного (в течение 3-х менструальных циклов) отрицательного результата исследования гонококков в отделяемом из цервикального канала и уретры, бакпосев из цервикального канала,
- мазок из влагалища и цервикального канала, окрашенный по Грамму,
- ПЦР для исключения других ИППП,
- RW, ВИЧ,
- выявление и обследование половых партнеров, уточнение сроков заражения (до 2 месяцев – свежая, острая – до 2 недель, подострая – более 2 недель, торпидная – без выраженной клинической симптоматики).

3. Медико-социальные и организационные аспекты проблемы.

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 6

Пациентка И., 50 лет, главный бухгалтер, обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструаций в течение двух месяцев, упорные запоры и прибавку массы тела. Кроме того, жалуется на одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться, частые позывы на мочеиспускание.

Из анамнеза: Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. Родов 2, абортов 2. В 35 лет перенесла аппендэктомию, без осложнений. Ранее отмечала периодические повышения АД до 170/100 мм рт. Ст. систематического лечения не получала. В течение последнего года менструации стали скудными и нерегулярными, за это же время прибавила около 10 кг массы тела.

Объективно: Состояние средней тяжести. Лицо одутловато, кожа бледная, сухая, холодная на ощупь. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные. Голени пастозны. Пульс = 54 в 1 мин. АД 160/100 мм рт. Ст. Температура тела = 35,8°С. Окружность талии 102 см. Масса тела 89 кг, рост 162 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах. Матка увеличена до 14 нед. беременности, из передней стенки матки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, умеренные.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр. = 3,9 х 10^{12}/л., Hb = 105 г/л. Лейкоциты = 6,2 * 10^{9}/л, СОЭ = 4 мм/час.

ОАМ: плотность = 1025; белок не обнаружен. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр., эритроциты 1 – 2 в п/зр.

ЭКГ: Ритм синусовый, 48 в 1 минуту. $R_I > R_{II} > R_{III}$, $R_{V5} > R_{V4}$, $R_{V5} + S_{V1}$= 40 мм. PQ = 0,18 с.

Биохимический анализ крови: Общий холестерин 7,2 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 66 г/л, креатинин 88,4 мкмоль/л.

Гормоны крови: ФСГ 36 МЕ/мл, ТТГ 6,3 Мме/л

УЗИ органов малого таза: объем матки 661 $см^3$, внешний контур деформирован – субсерозный узел на широком основании, диаметром 77 мм, миометрий диффузно неоднородный с гиперэхогенными включениями, полость матки сомкнута, толщина эндометрия 2 мм. Яичники объемом 2,1 и 2,4 $см^3$, фолликулы единичные, преобладает строма.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструмен-тальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**
3. **Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Эндемический зоб 1 ст. Гипотиреоз. Артериальная гипертензия, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислипопротеинемия. Перименопауза. Миома матки, субсерозно-интерстициальная, 14 недель беременности. Рубцовая деформация шейки матки. Анемия легкой степени не уточнённого генеза.

Обоснование нозологической формы: Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные у пациентки, проживающей в эндемичном районе

Обоснование гипотиреоза: упорные запоры и прибавка массы тела, одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, брадикардия, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться – клинические симптомы гипотиреоза. Повышение уровня ТТГ – лабораторный критерий

Обоснование АГ 2 степени: периодические повышения АД до 170/100 мм рт. Ст.

Обоснование АГ 2 стадии: признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ.

Обоснование крайне высокого сосудистого риска: АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипопротеинемия + перименопауза

Обоснование перименопаузы: менопауза диагностируется, как минимум, через год после последней менструации. Лабораторное подтверждение – повышения уровня ФСГ. Клинических проявлений типичного климактерического синдрома нет (учащенное мочеиспускание может быть следствием гипотиреоза и железодефицитной анемии).

Обоснование миомы: данные УЗИ и влагалищного исследования.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики дополнительного обследования не требуется.

Для дополнительной объективизации диагноза «Эндемический зоб» и исключения очаговых образований в щитовидной железе: УЗИ щитовидной железы.

Для согласования тактики ведения больной и лекарственной терапии гипотиреоза – консультация эндокринологом.

Для уточнения поражения органов-мишеней при АГ: определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, почечных артерий, транскраниальная допплерография сосудов головы и шеи.

Для уточнения генеза анемии: исследование уровня железа в сывортке крови, общей (ОЖСС) и латентной (ЛЖСС) железосвязывающей способности сыворотки крови.

При возникновении кровотечений в перименопаузе необходима консультация гинекологом с оценкой морфологических изменений эндометрия. Учитывая наличие миомы – возможно плановое оперативное лечение (показанием к оперативному лечению являются размеры матки, соответствующие 14 неделям беременности, наличие запоров, учащенного мочеиспускания, свидетельствующее о нарушении функции смежных органов).

3. Госпитализация больной в многопрофильный стационар. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- Диета № 10 (ограничение соли, жидкости, легко всасывающихся и усваивающихся углеводов, животных жиров, возбуждающих блюд и напитков).
- Учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов. Показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, периндроприл 5 – 10мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к

антиготензину II (лозартан 50 – 100 мг, ирберсартан 300 мг, кандесартан 8 – 16 мг, валсартан 80 – 160 мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4 мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5 – 25 мг, индапамид 1,5 – 2,5 мг). Назначение □-блокаторов в данном случае нежелательно (ЧСС = 56 в 1 мин.); допустимо использование антагонистов кальция дигидропиридинового ряда (амлодипин, фелодипин, нифедипин).

- Обязательно назначение гиполипидемических средств (симвастатин 20 мг, розувостатин 10 мг, флувастатин 40 мг в сутки).
- При подтверждении железодефицитного генеза анемии – препараты железа для перорального приема (например, «Сорбифер дурулес» по 1 капс. Х 2 раза в день, до нормализации уровня гемоглобина, а затем – по 1 капсуле в день, в течение 3 месяцев; «Тардиферон» – по той же схеме приема).
- При выявлении повышенного уровня ТТГ – средства заместительной гормональной терапии: L-тироксин по 50-100 мкг в сутки, под контролем ЧСС, АД и ТТГ (или Эутирокс в эквивалентной дозе). Тактика ведения больной будет определяться результатми УЗИ щитовидной железы.
- В отсутствие клинических проявлений климактерического синдрома в лечении гинекологом (ЗГТ) больная не нуждается.

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 7

Пациентка И., 45 лет, преподаватель вуза, обратилась в женскую консультацию по поводу интенсивных приливов жара до 30 раз в течение суток, ночную потливость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость.

Из анамнеза: Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. В течение последнего года появились приливы жара, менструации стали нерегулярными (через 2 – 3 месяца). Родов 2, аборт 1. Травм и операций не было. С 34 лет стала отмечать периодические повышения АД до 160/90 мм рт. Ст., связанные со стрессами. При повышениях АД принимала дибазол в таблетках. В 38 лет, в период приёма гормональных контрацетивов, был эпизод тромбофлебита вен правой голени. Отец пациентки перенёс инфаркт миокарда в 38 лет, умер в 56 лет после перенесённого нарушения мозгового кровообращения.

Объективно: Состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, кожа влажная, выражен белый дермографизм. Щитовидная железа не пальпируется. Отёков нет. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Пульс = 94 в 1 мин в покое. АД 150/90 мм рт. Ст. Температура тела = 36,8°С. Окружность талии 72 см. Масса тела 59 кг, рост 162 см.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр. = 4,3 х 10^{12}/л., Hb = 125 г/л. Лейкоциты = 6,2 * 10^{9}/л, СОЭ = 4 мм/час.

ОАМ: плотность = 1022; белок не обнаружен. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр., эритроциты 1 – 2 в п/зр.

ЭКГ: Ритм синусовый, 88 в 1 минуту. $R_I > R_{II} > R_{III}$, $R_{V5} > R_{V4}$, $R_{V5} + S_{V1}$= 35 мм. PQ = 0,13 с.

Биохимический анализ крови: Общий холестерин 6,2 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 70 г/л, креатинин 88,4 мкмоль/л.

Гормоны крови: ФСГ = 96 МЕ/мл, ТТГ = 1,3 МЕ/л

УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 56мм*38мм*34мм, М-эхо = 4 мм. Яичники объемом 2,5 и 3,0 $см^3$, содержат мелкие фолликулы.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**
3. **Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: «Перименопауза. Климактерический синдром, тяжёлое течение. Артериальная гипертензия, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислипопротеинемия.

Обоснование пременопаузы: перименопауза – период нарушений менструального цикла у женщины в возрасте 45 лет (лабораторное подтверждение – повышенный уровень ФСГ).

Обосновние климактерического синдрома и его тяжести: климактериечский синдром – появление характерных жалоб (приливы «жара», потливость, утомляемость, и пр.), тяжесть течения синдрома в данном случае определяется по количеству приливов в течение суток (30 приливов)

Обоснование нозологической формы: У больной типичные нейровегетативные проявления климактерического синдрома: приливы жара, ночная потливость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость, возникшие на фоне нарушения менструального цикла. Диагноз подтверждается высоким уровнем ФСГ.

Обоснование АГ 2 степени: периодические повышения АД до 160/90 мм рт. Ст.

Обоснование АГ 2 стадии: признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ.

Обоснование крайне высокого сосудистого риска: АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипопротеинемия + ранние сосудистые катастрофы в семейном анамнезе

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики не требуется дополнительного обследования

Для дополнительной объективизации степени риска тромбоэмболический осложнений: оценка гемостазиограммы и маркеров антифосфолипидного синдрома (антитела к фосфолипидам, волчаночный антикоагулянт).

Для уточнения поражения органов-мишеней АГ: определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, сосудов головы и шеи, почечных артерий.

Для уточнения характера повышений АД: суточное мониторирование АД

Для уточнения типа дислипидемии: оценка уровня ЛПВП и триглицеридов сыворотки крови.

Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ ($R_I > R_{II} > R_{III}$, $R_{V5} > R_{V4}$, $R_{V5} + S_{V1} = 35$ мм*):* задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках – бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца.

Показаны консультации кардиологом и психотерапевтом.

3. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- Диета № 10: максимальное ограничение жиров и простых углеводов, алкоголя, ограничение поваренной соли и жидкости.
- Постепенное увеличение циклических аэробных физических нагрузок.
- Учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов. Показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, периндроприл 5 – 10 мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к антиготензину II (лозартан 50 – 100 мг, ирберсартан 300 мг, кандесартан 8 – 16 мг, валсартан 80 – 160 мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4 мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5 – 25 мг, индапамид 1,5 –

2,5 мг). Назначение □-блокаторов в данном случае противопоказано (PQ = 0,13 сек.); нежелательность назначения антагонистов кальция (амлодипин, фелодипин, нифедипин) определяется возможностью усиления приливов жара.

Обязательно назначение гиполипидемической терапии (симвастатин 20 мг, розувостатин 10 мг, флувастатин 40 мг в сутки).

• Учитывая высокий индивидуальный риск тромбоэмболических осложнений, назначение заместительной гормональной терапии можно проводить только после исключения патологии свёртывающей системы (при нормальных показателях возможно назначение циклической ЗГТ – трансдермально эстрогены типа Эстрожель или Дивигель или Климара в сочетании с интравагинальным введением Утрожестана; при необходимости в контрацепции – сочетание с постановкой ВМС-Мирена). Альтернативным методом лечения КС может быть назначение растительных и гомеопатических средств (климактоплан, климаксан, климадинон, ременс и др.).

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 8

Пациентка Н., 65 лет, пенсионерка, обратилась в женскую консультацию по поводу недержания мочи при кашле, чихании, поднятии тяжести. Также отмечает сухость и дискомфорт во влагалище, уменьшение роста на 5 см, боли в грудном отделе позвоночника при длительном стоянии.

Из анамнеза: Менархе в 17 лет, цикл установился через 2 года. Менструации в течение всей жизни были скудные по 3 – 4 дня через 30 – 35 дней. Менопауза наступила в 44 года, сопровождалась тяжёлыми приливами жара в течение 10 лет. Лечения не получала. Роды 1, других беременностей не было. Гемотрансфузий не было. В 54 лет – перелом дистального отдела левой лучевой кости при падении на улице. Мать пациентки умерла в возрасте 82 лет после перелома проксимального отдела бедренной кости.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа светлая, атрофичная. Подкожная клетчатка выражена слабо, равномерно. Пальпируется эластичный безболезненный перешеек щитовидной железы. Отёков нет. Увеличен грудной кифоз. Пальпация позвоночника безболезненная. Левая граница сердца – на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии. Пульс = 74 в 1 мин в покое. АД = 120/70 мм рт. Ст. Температура тела = 36,2°С. Окружность талии 62 см. Масса тела = 49 кг, рост = 152 см.

Влагалищное исследование: вульва зияет, отмечается пролабирование передней (в большей степени) и задней стенки влагалища. Слизистые бледные, сухие, кровоточат при введении зеркал. Шейка матки чистая, наружный зев облитерирован. По передней стенке влагалища определяется выбухание стенки мочевого пузыря. Тело матки маленькое, плотное, ограничено подвижное. Придатки не определяются. Передний свод отсутствует, задний сглажен. Проба Valsava и кашлевая проба положительные.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр. = 4,3 х 10^{12}/л., Hb = 125 г/л. Лейкоциты = 6,2 * 10^{9}/л, СОЭ = 4 мм/час.

ОАМ: плотность = 1020; белок не обнаружен. Лейкоциты 10 – 15 в п/зр, пл. эпителий 5 – 15 в п/зр.

ЭКГ: Ритм синусовый, 72 в 1 минуту. $R_{II}>R_{I}>R_{III}$, $R_{V5}<R_{V4}$, $R_{V5} + S_{V1}$= 20 мм. PQ = 0,13 с.

Биохимический анализ крови: Общий холестерин = 6,2 ммоль/л, глюкоза = 5,4 ммоль/л, общий белок = 70 г/л, креатинин = 88,4 мкмоль/л, общий кальций = 2,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза = 20 ед/л.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**
3. **Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: «Постменопауза 21 год. Атрофический вагинит. Недержание мочи. Слабость мышц тазового дна: цистоцеле. Постменопаузальный остеопороз, осложнённый переломом дистального отдела предплечья.

Обоснование нозологической формы: У больной имеются факторы риска остеопороза: позднее начало и раннее прекращение репродуктивного периода, постменопауза, низкая масса тела и низкий рост, перелом бедра у матери. Клинические проявления осложнённого остеопороза – перелом предплечья и признаки переломов позвонков (боль в грудной клетке, уменьшение роста, усиление кифоза).

Обоснование недержания мочи: жалобы на нарушение процесса мочеиспускания.

Обоснование атрофического вагинита: бледность слизистой с инъекциией сосудов, заращение наружного зева, ранимость слизистой при осмотре в зеркалах.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики требуется дополнительное обследование:

Для уточнения степени урогенитальной атрофии: кольпоскопия, мазок на КПИ, индекс Барлоу (индекс вагинального здоровья).

Для объективизации переломов тел грудных позвонков: рентгенография грудного отдела позвонончика.

Для контроля эффективности терапии остеопороза: рентгеновская денситометрия проксимального отдела бедра, определение уровня остеокальцина, N-концевого телопептида, щелочной фосфатазы.

Для исключения вторичного остеопороза: определение уровня общего и ионизированного кальция крови, паратгормона, уровня витамина Д в крови.

Для уточнения характера недержания мочи: исследование уровня сывороточного железа, ОЖСС и ЛЖСС (исключить латентный его дефицит), консультация урологом.

Для уточнения причины и характера гипертрофии ЛЖ: УЗИ сердца.

Показана консультация врачом ЛФК.

3. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- Диета № 10: ограничение легко всасывающихся и усваивающихся углеводов, алкоголя, поваренной соли при обязательном включении в рацион кисломолочных продуктов, морской рыбы (не реже 3 раз в неделю).
- Постепенное увеличение аэробных физических нагрузок. Избегать сгибания позвоночника. Обучение в школе больных остеопорозом.
- Учитывая суточную потребность в кальции (1500 мг/сут.), дополнительно к диете необходимо назначить комбинированный препарат кальция и витамина D3 (кальций- D3-Никомед-форте или Натекаль-D3) по 1 таб. 2 раза в день во время еды.
- Обязательно также назначение антирезорбтивной терапии: бисфосфонатов (алендронат 70 мг в неделю, ибандронат 150 мг в месяц внутрь или ибандронат 3 мг внутривенно 1 раз в 3 месяца или золендронат 5 мг внутривенно капельно, 1 раз в год) или ранелат стронция (2,0 г ежедневно).
- Для уменьшения боли в спине показано постоянное ношение корсета и применение кальцитонина лосося в виде назального спрея (200 МЕ в сутки).

• Интравагинальные формы эстриола: крем или свечи до достижения клинического эффекта, а далее – постоянно, на протяжении жизни в поддерживающей дозе

• Гимнастика для мышц тазового дна, возможно с использованием пессария.

• В плановом порядке после нормализации состояния слизистой влагалища решить вопрос об оперативном лечении – пластика передней и задней стенки влагалища и промежности, изменение анатомического расположения мочеиспускательного канала (например, TVT).

При наличии переломов позвонков с выраженным болевым синдромом показана пункционная кифопластика.

НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ № 1

Больная К., 25 лет, продавец, беременность 18 нед., вызвала участкового врача на дом. Жалобы на кашель с болью в грудной клетке справа и небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, также общую слабость, сердцебиение, головную боль и повышение температуры тела до 37,7°С.

Из анамнеза: Заболела 10 дней назад, когда после переохлаждения появились субфебрильная температура, насморк, першение в горле, слабость, головная боль. Лечилась домашними средствами (полоскала горло шалфеем, закапывала в нос сосудосуживающие капли), за медицинской помощью не обращалась. На 2-3-й день появился сухой кашель. Использовала горчичники на область грудной клетки, отхаркивающую микстуру. Вчера отметила подъем температуры до 38°С, появление слизисто-гнойной мокроты, присоединились небольшие боли в грудной клетке справа при глубоком вдохе и кашле.

Данная беременность третья, две предыдущие закончились медицинскими абортами с reobrasio cavi uteri.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела = 37,7°С. Зев – умеренная гиперемия задней стенки глотки. Кожа на ощупь горячая, сухая. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, небольшое притупление под правой лопаткой. Дыхание везикулярное, под правой лопаткой дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, которые исчезают после кашля. ЧД = 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС = 100 уд/мин. АД = 105/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот увеличен за счет беременной матки. Дно её на уровне пупка. Матка при пальпации мягкая, в нормотонусе. Шевеление плода ощущает.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

***ОАК*:** Эритр. = 3,85 х 10^{12}/л, Hb = 115 г/л, Цв. Пок. = 0,8. Тромб. = 312 х 10^{9}/л, Лейкоциты = 12,8 х 10^{9}/л: пал. = 6%, сегмент. = 73%, эозин. = 1%, лимф.= 18%, моноциты = 2%. СОЭ = 22 мм/ час.

***ЭКГ*:** Ритм синусовый, 100 в 1 мин.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, прозрачная, уд. Вес. = 1011, реакция – кислая; белок = 0,033 г/л, глюкоза – отриц.; эпителий плоский = 1-2 в п/ зр., лейкоциты = 1-2 в п/зр.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, БК-отриц., кокковые формы бактерий (+++).

УЗИ матки и плода: плод соответствует сроку гестации, плацента полностью перекрывает внутренний зев, определяется на передней и задней стенке матки. Тонус миометрия не повышен.

1. **Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.**
2. **Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

3. **Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Внебольничная пневмония в нижней доле справа, средней степени тяжести. ДН 1 ст. Беременность 17 нед. Центральное предлежание плаценты.

Обоснование диагноза основного заболевания: Начало заболевания после переохлаждения и перенесенной аденовирусной инфекции (катаральные явления, симптомы интоксикации, субфебрильная лихорадка) явилось предрасполагающим фактором для присоединения бактериальной инфекции и развития внебольничной пневмонии. Критерии диагноза пневмонии: *клинические признаки*: на фоне сохраняющегося симптома интоксикации отмечается повторный подъем температуры до фебрильных цифр, кашель со слизисто-гнойной мокротой, боль в грудной клетке справа при кашле, *физикальные признаки*: притупление перкуторного звука под правой лопаткой, где на фоне жесткого дыхания выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, исчезающие после кашля, *признаки дыхательной недостаточности*: одышка (ЧД = 28 в 1 мин), тахикардия (ЧСС = 100 уд/мин) и гипотония (АД = 105/70 мм рт.ст.), лейкоцитоз с умеренным с палочкоядерным сдвигом (Лейкоциты = 12,8 х 10^9/л: пал. = 6%, сегмент. = 73%), ускорение СОЭ до 22 мм/ч.

В пользу предлежания плаценты свидетельствуют данные УЗИ матки: полное перекрытие внутреннего зева.

При неэффективности стартовой антибактериальной терапии (отсутствие эффекта в течение3 дней) – консультация пульмонологом.

2. Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

Рентгенография грудной клетки в двух проекциях: для подтверждения наличия очаговой инфильтрации легочной ткани, уточнения локализации и распространенности процесса.

Биохимический анализ крови – мочевина, креатинин, электролиты, аминотрансферазы для функциональной оценки состояния печени и почек, т.к. предстоит терапия антибактериальными препаратами

3. Госпитализация больной в отделение интенсивной терапии (в терапевтическое отделение).

Неотложные лечебные мероприятия должны включать:

- Ранняя антибиотикотерапия (в первые 8 час. От постановки диагноза пневмонии). При неосложненной пневмонии предпочтение отдается оральным формам препаратов. При беременности препаратами выбора являются: амоксициллин внутрь по 500 мг 3 раза в день, или макролиды (азитромицин внутрь 0,5 г однократно в 1-й день и 0,25 г однократно во 2-5-й дни, джозамицин 500 мг 3 раза в сутки или спирамицин 3 млн 3 раза в сутки). Следует уточнить аллергоанамнез и помнить о перекрестной аллергии к β-лактамам. Курс лечения составляет 5 – 7 дней.
- Первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через 48-72 ч от начала лечения.
- Критерии достаточности антибактериальной терапии: температура < $37,5^0$С, отсутствие интоксикации, отсутствие дыхательной недостаточности (ЧСС менее 20 в 1 мин), отсутствие гнойной мокроты, снижение числа лейкоцитов (менее 10 х 10^9/л: нейтрофилов – менее 80%), отсутствие отрицательной рентгенологической динамики.

Рентгенологический контроль осуществляется через 3 недели. Параллельно с лечением пневмонии проводится курс профилактики невынашивания беременности (инфузии сернокислой магнезии, спазмолитики).

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 9

Больная Б., 44 года швея, поступила в плановом порядке в приемный покой хирургии. Жалобы на болевые ощущения в молочных железах, которые усиливаются за несколько дней до начала менструации и иррадиируют в область плеча, в подмышечную область, в область лопатки, а также задержку месячных на 2-4 недели без изменения объема кровопотери. Подобное состояние отмечает в течение последнего года.

Из анамнеза: Менархе в 14 лет, месячные через 28-29 дней, по 5-6 дней, умеренные по объему, слегка болезненные в первый и второй день. Беременностей было две: первая была прервана искусственным абортом по желанию пациентки 7 лет назад, вторая – 5 лет назад. Предохранение – прерванный половой акт, презерватив. Сейчас не замужем. Половую жизнь не ведет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 156 см., масса тела = 74 кг. Кожный покров бледно-розовой окраски. При пальпации молочных желез отмечается болезненность, определяются участки уплотнений без четких границ, в виде «мелкозеристых» тяжей, пальпируемых в верхне-наружных квадрантах. В легких – дыхание везикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс = 96 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий безболезненный.

Результаты лабораторно-инструментального исследования:

ОАК: Эр.=4,0*10^{12}/л; Hb = 130 г/л; Цв. Пок. = 0,9; Лейкоциты = 6,6*10^{9}/л: баз. = 0%, эоз. = 1%, п/я = 4%; с/я = 68%; Лимфоциты = 20%; Моноциты = 6%. СОЭ = 29 мм/час.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый; Уд. Плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок = 0,033%; Глюкоза – отр.; Лейкоциты – ед. в п/зрения; Эпителий плоский = 2-3 в п/зрения.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**
2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**
3. **Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания его обоснование: Фиброзно-кистозная мастопатия. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи. Перименопауза? Ожирение 1 степени.

Обоснование нозологической формы: Болезненность при пальпации молочных желез, определяются участки уплотнений без четких границ, в виде тяжей, мелкой зернистости, пальпируемые в верхне-наружных квадрантах.

Нарушение менструальный цикл по типу олигоменореи – задержки до 2-4 недель. Учитывая возраст женщины – 44 года, наличие нарушения цикла в течение последнего года – вероятно наступление перименопаузы.

Ожирение 1 степени: индекс массы тела = 30,5 кг/м^2.

2. Для верификации обоснования основного диагноза и проведения диф. диагностики необходимы следующие исследования:

- Гинекологический осмотр;
- Определение гормонального профиля: ФСГ, ЛГ, ТТГ, ПРЛ, сТ4, АТ-ТПО, эстрадиол (функция щитовидной железы обязательно оценивается, так как отклонения в состоянии молочных желез, нарушения менструального цикла и ожирение могут быть результатом гипофункции щитовидной железы);
- УЗИ органов малого таза (контроль М-эхо, состояние фолликулярного аппарата);
- ЭКГ (чтобы исключить сердечно сосудистую патологию, т.к больная жалуется на иррадиацию боли в область плеча, в подмышечную область, в область лопатки;
- Рентгенография легких (для исключения легочной патологии, т.к больная жалуется на иррадиацию боли в область лопатки);
- УЗИ молочных желез или маммография для исключения онкопатологии;
- Онкомаркер СА 153;
- УЗИ щитовидной железы;
- Биохимический анализ крови – глюкоза, липидный спектр;
- Консультации маммологом, гинекологом, эндокринологом и терапевтом.

3. В неотложных лечебных мероприятиях не нуждается. Плановая терапия включает:

- Прожестожель 2,5мг геля ежедневно на каждую молочную железу, в течение 3 мес.
- Коррекция менструального цикла в зависимости от результатов обследования: например, назначение в циклическом режиме препаратов прогестерона – дюфастон по 1 таблетке 2 раза в день с 14 по 25 день менструального цикла или утрожестана по 200мг 2 раза в день с 17 по 26 день менструального цикла или Ременс по 15 кап 3 раза в день; комплекс поливитаминов и микроэлементов для женщин (бьюти-табс).

ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ № 10

Беременная Б., 27 лет, срок беременности 21 неделя, не работает, поступила в плановом порядке в приемный покой хирургии. Жалобы на появление боли и отеков правой нижней конечности, больше во второй половине дня, самостоятельно проходящих после ночного отдыха.

Из анамнеза: Пять лет назад лечилась по поводу илео-феморального тромбоза справа консервативно. С тех пор периодически отмечает отеки, боли в правой голени, усиливающиеся в ортостатическом положении. К врачу не обращалась, не обследовалась.

Состоит на учете в женской консультации по поводу беременности, беременность вторая. Первая была прервана по желанию пациентки год назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 171 см., масса тела = 75 кг. Кожный покров естественной окраски. Кожа нижних конечностей розового цвета, чистая, диаметр на уровне бедра справа и слева одинаковый, на уровне голени – справа увеличен на 2 см., пульсация на a. dorsalis pedis dextrae отчетливая. Дыхание везикулярное. ЧД = 17 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный, ЧСС = 96 в 1 мин., АД = 120/70 мм рт. Ст. Язык влажный.

Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Дно её на уровне пупка. Матка при пальпации мягкая, сердцебиение плода ритмичное, до 140 уд в 1 мин.

Результаты лабораторно-инструментального исследования:

ОАК: Эр. = $4{,}0*10^{12}$/л.; Hb = 130 г/л; Цв. Пок. = 0,9. Лейкоциты = $8{,}6*10^{9}$/л. СОЭ = 29 мм/час.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый; Уд. Плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок – отр; Глюкоза – отр.; Лейкоциты – ед. в п/зрения; Эпителий плоский = 2-3 в п/зрения.

УЗИ абдоминальное: свободная жидкость в брюшной полости не определяется, матка увеличена до 20-21 недель беременности, плод соответствует сроку гестации. Тонус миометрия не повышен. Плацента по передней стенке, 0 степени зрелости.

1. **Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**
2. **Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**
3. **Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Хроническая венозная недостаточность 3 ст. (по CEAP). Посттромбофлебитическая болезнь. Реканализированный тромбоз общей бедренной вены справа? Беременность 21 недели. ОАА.

Обоснование диагноза: Жалобы на боли, отек правой нижней конечности во второй половине дня, проходящие самостоятельно после ночного отдыха. Илео-феморальный тромбоз справа 5 лет назад, периодическое появление отеков и болей в правой голени, усиливающиеся в ортостатическом положении. Окружность голени справа увеличена на 2 см.

2. Необходимые лабораторно инструментальные исследования:

- ✓ развернутый анализ крови,
- ✓ биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, билирубин),
- ✓ ЭКГ,
- ✓ коагулограмма с МНО, АЧТВ; ТЭГ;
- ✓ УЗДГ вен нижних конечностей,
- ✓ лазерная доплеровское флоуметрия,
- ✓ консультация сосудистым хирургом, акушером-гинекологом, терапевтом.

3. Плановая дородовая госпитализация, совместное решение хирурга и акушера-гинеколога о способе родоразрешения, профилактика венозных осложнений в родах и в послеродовом периоде.

Лечение: режим труда и отдыха; эластическая компрессия (трикотаж 2 класса), венотоники: вазокт, детралекс, флебодия. Дезагреганты: тиклид, аллопуринол, детралекс (по 1 капс. До 6 раз в день).

НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ № 2

Беременная А., 29 лет, срок беременности 17-18 недель, доставлена в приемный покой хирургии машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалуется на кашель со слизисто-гнойной мокротой, боли в правой половине грудной клетки и внизу живота, озноб, слабость, одышку, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: Беременность вторая. В женской консультации на учете по поводу беременности не состоит. Первая беременность была прервана искусственным абортом по желанию пациентки три года назад. В течение пяти лет регулярно делает инъекции героина в дозе до 3 г/сутки. Последняя инъекция накануне. 10 дней назад появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, боли в правой половине грудной клетки и подъем температуры тела до 39°С.

Объективно: Состояние тяжелое. Температура тела = 40°С. ЧД = 24 в 1 мин. Кожа бледная с землистым оттенком, холодный липкий пот. На коже левого локтевого сгиба,

предплечья, в обеих паховых областях – множественные следы от инъекций. Пульс = 110 в 1 мин. АД = 80/40 мм рт. Ст.

При пальпации в VIII и IX межреберьях справа по паравертебральной линии, при перкуссии и надавливании стетоскопом определяется болезненность. Укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Там же аускультативно определяется жесткое дыхание. Живот не увеличен. Дно матки на 6 см выше уровня лонного сочленения. При пальпации матка резко болезненна. Сердцебиение плода не определяется. Из половых путей зловонные сукровично-гнойные выделения.

<u>Результаты лабораторно-инструментального обследования:</u>

ОАК: Эр.=3,1*10^{12}/л., Hb = 105 г/л. Лейкоциты = 20*10^{9}/л, СОЭ = 52 мм/час.

ОАМ: Удельная плотность = 1025; белок = 1,5 г/л, лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр., эритроциты – нет в п/зр., цилиндры гиалиновые = 3-5 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: Лейкоциты = 1500 в 1 мл, эритроциты = 500 в 1 мл.

Анализ мокроты: Лейкоциты – сплошь в п/зр., бактерии – сплошь в п/зр., эластичные волокна – сплошь в п/зр.,

УЗИ матки и плода: Размеры плода: БПР = 32 мм, ОЖ = 31 мм, ДБ = 18 мм (соответствует 15 неделям беременности), плацента определяется на передней стенке матки. Кровоток в плаценте и сердцебиение плода не определяются. Тонус миометрия повышен.

Рентгенография легких: в нижней доле правого легкого в проекции X сегмента определяется полость с уровнем жидкости и обширной зоной перифокальной инфильтрации.

1. **Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.**
2. **Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**
3. **Назначьте неотложную терапию, дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома и по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Правосторонняя нижнедолевая пневмония 3 ст. тяжести, осложненная абсцессом нижней доли правого легкого. Беременность 17-18 недель, Антенатальная гибель плода. Сепсис. Септический метроэндометрит. Инфекционно-токсический шок, ранняя гипотензивная фаза. ПИН (потребитель инъекционных наркотиков).

Обоснование диагноза основного заболевания: наличие кашля со слизисто-гнойной мокротой, болей в грудной клетке, озноба, слабости, одышки, повышение температуры до 40ºС; объективных данных: укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого; данным рентгенографии легких: в проекции X сегмента определяется полость с уровнем жидкости, что свидетельствует об абсцессе правого легкого.

Боли внизу живота, гнойные выделения из влагалища, отсутствие плацентарного кровотока (по данным УЗИ) свидетельствуют о внутриутробной гибели плода.

2. Необходимые лабораторно-инструментальные исследования:

- Компьютерная томография легких для топической диагностики абсцесса легкого

• Фибробронхоскопия для оценки возможности внутреннего дренирования абсцесса в просвет бронха, для эндобронхиальных санаций.

• Контроль АД и ЦВД, ЧДД.

• Бактериологическое исследование крови, определение чувствительности к антибиотикам.

• Ежечасный контроль диуреза, бактериологическое исследование мочи, определение чувствительности к антибиотикам.

• Определение концентрации электролитов в сыворотке крови, мочевины, креатинина, газов артериальной крови, pH.

• Контроль ЭКГ, ЧСС.

• Коагулограмма (тромбоциты, фибриноген, ПДФ, агрегация тромбоцитов, антитромбин 3, время свертывания крови).

• Прокальцитониновый тест.

• Группа крови, резус-фактор

• Бактериоскопия, посев мокроты на элективные среды.

• Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, фибрин, сиаловые кислоты, гаптоглобин, аминотрансферазы.

• Обследование на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С и на сифилис.

• Консультации анестезиологом-реаниматологом, акушером-гинекологом, торакальным хирургом.

3. Неотложная госпитализация больной в РАО, противошоковая терапия, отсроченная гистерэктомия, санация септического очага.

Неотложные лечебные мероприятия:

• катетеризация крупных центральных вен.

• восполнение ОЦК в режиме умеренной гемодилюции с использованием препаратов, улучшающих реологические свойства крови: солевые растворы (физ. Раствор 0.9%, ацесоль, хлосоль, раствор Рингера), реополиглюкин 400 мл. в/в капельно, альбумин 5% 200 мл в/в кап.

• стабилизация АД, путем введения гормонов (гидрокортизон 50 мг/кг в/в) или допамин 5 мл на 200 мл 10% раствора глюкозы в/в кап., до стабилзации АД.

• ***Оперативное лечение***

• Экстирпация матки с трубами, широкое дренирование брюшной полости, дренирование полости таза через культю влагалища.

• Дренирование абсцесса: наружное: пункция и дренирование полости под КТ-контролем или внутреннее в просвет бронхиального дерева с использованием фибробронхоскопа.

• Коррекция дыхательной недостаточности (продленная ИВЛ)

• Массивная длительная антибактериальная терапия: цефотаксим/метро-нидазол, амоксиклав/аминогликозид, цефоперазон/сульбактам, амфотерицин Б, флуконазол.

• Иммунозаместительная терапия (Ig человеческий, Ig G,A,M)

• Коррекция нарушения водно-электролитного баланса и КОС.

• Противотромботическая терапия – антитромбин III, свежезамороженная плазма 250-400 мл/сут, гепарин, антиагреганты.

• Нутритивная поддержка (энтеральное зондовое питание)

• Удаление септического очага: торакоплевроабсцессостомия; открытая санация гнойной полости, дренирование инфицированной полости.

Решение ситуационной задачи может быть заменено клиническим разбором больного.

Ординатор проводит осмотр и опрос больного (жалобы, анамнез заболевания и жизни), знакомится с результатами лабораторных и инструментальных исследований, осмотров специалистов (изучает историю болезни) и формулирует клинический диагноз. Назначает комплексное лечение и дает рекомендации по профилактике болезни, диспансерному наблюдению.

При необходимости, участники клинического разбора задают дополнительные вопросы докладчику.

В заключение преподаватель подводит итог клинического разбора, приводит аргументы в пользу основного и сопутствующего клинического диагноза.

2.3. Тестовые задания

На промежуточной аттестации ординатору предлагается ответить на 100 вопросов тестового контроля. Примеры тест

овых заданий:

Вопросы тестового контроля

Выберете один или несколько правильных ответов:

1. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи.

#Среди мероприятий по снижению перинатальной смертности наиболее важным является:
- Своевременно решение вопроса о возможности сохранения беременности
- Проведение анализа причин перинатальной смертности
- Антенатальная диагностика врожденных пороков развития плода
+ Своевременная диагностика хронической гипоксии плода
- Улучшение санитарно-просветительной работы с беременной

#В структуре причин материнской смертности в РФ первое место занимает:
- Преэклампсия и экстрагенитальная патология
- Экстрогенитальная патология и кровотечения
+ Кровотечения и сепсис
- Сепсис и анестезиологические осложнения
- Анестезиологические осложнения

#Показатель материнской смертности рассчитывается по формуле:
- (Число женщин, умерших в родах) / (число родов)*100 000
- (Число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель) / (чило родившихся живыми и мертвыми)*100 000
+ (Число умерших беременных, не зависимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течении 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми)*100 000
- (Число женщин, умерших от осложнений беременности в сроке28 недель и боль, в родах и в течении 2 недель послеродового периода) / (число родившихся живыми и мертвыми)* 100 000
- (Число умерших беременных, не зависимо от срока беременности: рожениц, родильниц в течении 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми и мертвыми)*100 000

#Перинатальная смертность включает в себя:
- Антенатальная гибель плода в сроке беременности до 22 недель
- Интранатальная гибель плода
+ Потеря плода в антенатальном, интранатальном, раннем неонатальном периоде
- Антенатальная гибель плода при сроке беременности более 28 недель
- Мертворождаемость

#Показатель перинатальной смертности рассчитывается по формуле:
- (Число мертворожденных)/(число родов)*100
- (Число умерших интранатально)/(число родившихся мертвыми)*1000
+ (Число мертворожденных + число умерших в первые 168 часов после рождения)/(число родившихся живыми и мертвыми)*1000
- (Число умерших в первые 7 суток после рождения)/(число родов)*1000

- (Число мертворожденных + число умерших в первые 168 часов после рождения)/(число родившихся живыми)*1000

#В структуре причин перинатальной смертности в России первое место занимает:
+ Асфиксия
- Родовая травма
- Врожденные пороки развития
- Неонатальный сепсис
- Недоношенность новорожденного

#Основная отчетная документация женской консультации:
- Медицинская карта амбулаторного больного (форма №052/у)
- Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного(форма №027/у)
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №030/у)
+ Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам (форма №32)
- Дневник работы врача консультации (форма№ 039/у)

#Осмотры беременных женщин врачом акушером-гинекологом при физиологическом течении беременности проводятся не менее:
- 3 раз
+ 5 раз
- 7 раз
- 10 раз
- количество осмотров определяется возрастом беременной женщины

#Основным показателем эффективности работы женской консультации по планированию семьи является:
- Число женщин на участке
- Абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года
- Число осложнений после аборта
+ Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста
- Число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста

#Стойкого снижения числа абортов удается достичь, когда доля женщин фертильного возраста использующих современные высокоэффективные средства контрацепции составляет:
- 15-20%
- 25-30%
+ 35-40%
- 45-50%
- 55-60%

2. Клиническая анатомия и физиология органов малого таза
#При раке яичника в основном поражаются следующие лимфатические узлы:
- Внутренние подвздошные
- Наружные подвздошные
+ Парааортальные
- Крестцовые
- Паховые

#Ранение брюшного отдела аорты при введении эндоскопических хирургических инструментов в области пупка возможно по причине того, что бифуркация ее происходит на следующем уровне:
- 1-2 поясничного позвонка

- 2-3 поясничного позвонка
- 3-4 поясничного позвонка
+ 4-5 поясничного позвонка
- Крестцово-копчикового сочленения

#К пристеночным мышцам тазового дна относятся:
+ Обтураторная мышца
- Мышца, поднимающая задний проход
+ Грушевидная
- Лобково-копчиковая мышца

#К основным ветвям поясничного сплетения относятся следующие нервы:
- Верхние и нижние ягодичные
+ Бедренный
- Задний кожный
+ Запирательный

#Вегетативная иннервация тазовых органов осуществляется:
+ Из верхнего подчревного сплетения
+ Тазовым отделом симпатического нервного ствола
+ 2,3,4 крестцовыми нервами
- Седалищным нервом

#При перевязке внутренней подвздошной артерии, необходимо отделить ее от следующих структур:
+ Мочеточник
+ Наружная подвздошная вена
+ Внутренняя подвздошная вена
- Срамная артерия

#Физиологические изменения внутренних половых органов, происходящие во время беременности:
+ Ротация матки
+ Гиперплазия миоцитов миометрия
+ Гипертрофия миоцитов миометрия
+ Усиление васкуляризации матки

#Физиологические изменения внутренних половых органов, происходящие во время беременности:
+ Увеличение количества актина и миозина в миометри
+ Увеличение массы матки до 1000-1500 грамм
+ Гипертрофия и гиперплазия миоцитов миометрия
- Уменьшение толщины стеки матки за счет ее перерастяжения

#Изменения молочных желез во 2 триместре беременности:
+ Формирования долек молочной железы
- Быстрое развитие железистых структур
+ Дилатация протоков
- Преобладание протокового роста

#Физиологические изменения половых органов, происходящие во время беременности:
+ Венозный застой в венах малого таза
+ Усиление процессов транссудации в слизистой влагалища

+ Увеличение отложение гликогена в эпителии влагалища
+ Персистенция желтого тела до 2-го триместра беременности

3.Основные методы исследования в акушерстве и гинекологии
#Основнойи наиболее точный показатель для определения срока беременности:
- Толщина воротникового пространства
+ Копчико-теменной размер
- Последняя нормальная менструация
- Бипариетальный размер головки плода
- Средний внутренний диаметр плодного яйца

#Срок проведения первого УЗИ-скрининга во время беременности:
- 5-7 нед.
- 7-10 нед.
- 10-12 нед
+ 11-14 нед
- 16-18 нед

#Основная цель первого УЗИ-скрининга во время беременности:
- Диагностика беременности
- Установления срока беременности
+ Выявления группы риска по хромосомным аномалиям и некоторым врожденным порокам развития плода
- Фетометрия
- Выявление ЗРП

#Срок проведения второго УЗИ скринингового исследования во время беременности:
- 11-14 нед
- 16-18 нед
+ 19-21 нед
- 20-24 нед
- 24-28 нед

#Основная цель второго УЗИ скринингового исследования во время беременности:
- Установление срока беременности
- Диагностика задержки роста плода
- Фетометрия
+ Выявление врожденных пороков развития плода
- Допплеромерческое исследование кровотока в фето-плацентарном комплексе

#Срок проведения 3-го УЗИ скринингового исследования во время беременности
- 20-24 нед
- 28-30 нед
+ 30-34 нед
- 34-36 нед
- 38-40 нед

#Срок УЗИ визуализации желточного мешка:
- С 4 по 8 неделю беременности
- С 5 по 10 неделю беременности
+ С 6 по 12 неделю беременности
- С 7 по 14 неделю беременности
- Может вообще не визуализироваться

#Срок исчезновения физиологической кишечной грыжи:
- 10 недель
+12 недель
- 14 недель
- 16 недель
- 20 недель

#В 1-м триместре беременности мегацистис – это увеличение продольного размера мочевого пузыря более:
- 4 мм
- 6 мм
+ 8 мм
- 10 мм
- 12мм

#Аксиальная плоскость головки плода, в которой необходимо производить измерения ее окружности, бипариетального и лобно-затылочного размера, включает отражение от следующих структур головного мозга:
- тела боковых желудочков
- лобные и затылочные рога боковых желудочков
+ полость прозрачной перегородки и зрительные бугры
- ножки мозга и хиазматическая цистерна
- хиазматическая цистерна и тела боковых желудочков

#Абсолютное противопоказание к проведению эпидуральной анестезии
+гиповолемия
+повышенное внутричерепное давление
+инфекционное поражение кожных покровов в месте инъекции
-преэклампсия

#Абсолютные противопоказания к проведению эпидуральной анестезии
-тазовое предлежание плода
+коагулопатия
-диабетическая ангиопатия
+гепаринотерапия терапевтическими дозами

#Относительные противопоказания к проведению эпидуральной анестезии
+рассеянный склероз
+митральный стеноз
+гепаринотерапия в профилактических дозах
-дискоординация родовой деятельности

#Относительное противопоказание к проведению эпидуральной анестезии
+аортальный стеноз
+митральный стеноз
+гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия
-наличие сердечного водителя ритма

#Осложнения эпидуральной анестезии
+гипотензия
+высокий спинальный блок

+гематома в зоне пункции
-дискоординация родовой деятельности

#Ограничивающие факторы для применения эпидуральной анестезии при проведении лапароскопических операций в гинекологии
+недостаточная релаксация передней брюшной стенки
-недостаточная длительность аналгезии
+совместное влияние симпатического блока и пневмоперитонеума на венозный возврат
-невозможность перевода пациентки в положение Тронделенбурга

#К побочным эффектам лидокаина относятся
+метгемоглобинемия
+светобоязнь
+спутанность сознания
-паралич дыхательных мышц

#Концентрации раствора лидокаина, применяемые при проведении инфильтрационной анестезии
+0,5% раствор
-5% раствор
+1% раствор
-10% раствор

#Препараты, применяемые в качестве основного компонента при проведении эпидуральной анестезии
+лидокаин
-бупивакаин
+ропивакаин
-фентанил

#Оптимальные методы анестезии при удалении кандилом малого и среднего размера
+аппликационная
-проводниковая
+инфильтрационная
-спинальная

#Признаки начала второго периода родов
-появление потуг
-излитие околоплодных вод
+полное открытие маточного зева
-врезывание головки плода
-выделение последа

#Проводная точка при переднем виде затылочного предлежания
-затылок
-большой родничок
+малый родничок
-середина расстояния между большим и малым родничком
- лобная кость

#Наиболее объективный показатель инволюции матки после родов по данным ультразвукового исследования
-длина матки

-ширина матки
-размер полости
-содержимое полости
+объем матки

#Длительность послеродового периода
-3 часа
-7 дней
-21 день
-30 дней
+42 дня

#Гормоны, синтезируемые плацентой
+хорионический гонадотропин
+пролактин
+плацентарный лактоген
+прогестерон

#Признаки биологической готовности беременной к родам
+наличие зрелой шейки матки
+положительные функциональные тесты(нестрессовый(нет) и маммарный тесты)
+появление предвестников родов
+положительный кольпоцитологический тест

#Признаки начала первого периода родов
-излитие околоплодных вод
- формирование «зрелой» шейки матки
-сглаживание шейки матки
+появление регулярных схваток

#Показания к проведению влагалищного исследования в родах
+первое обследование роженицы при поступлении
+излитие околоплодных вод
+появление признаков гипоксии плода по данным КТГ
-каждые два часа в первом периоде родов

#Признаки заднего асинклитизма
+стреловидный шов расположен ближе к симфизу
-стреловидный шов расположен ближе к мысу
+задняя теменная кость расположена ниже передней теменной кости
-передняя теменная кость расположена ниже задней теменной кости

#Признаки асинклитического вставления головки
+расположение стреловидного шва ближе к симфизу
-расположение стреловидного шва в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз
+расположение стреловидного шва ближе к мысу
-расположение стреловидного шва в прямом размере в плоскости входа в малый таз

#После первой беременности частота иммунизации у резус-отрицательных женщин составляет
+10%
-20%
-30%
-40%

-50%

#Частота гемолитической болезни плода составляет
+0.3-0.7%
-1.2-1.5%
-1.6-2.3%
-2.4-3.1%
-3.1-3.7%

#В качестве антигипертензивных препаратов противопоказаны во время беременности метилдопа
-в-адреноблокаторы
-блокаторы са-каналов(дигидропиридиновые)
+блокаторы ангиотензин-превращающего фермента
-блокаторы са-каналов(недигидропиридиновые)

#Преждевременное закрытие овального окна у плода ассоциировано с приемом матерью в 3 триместре беременности:
+индометацина
-аспирина (до 100 мг/сут)
-нифедипина
-преднизолона
-фуросемида

#Формирование врожденных пороков сердца плода как следствие инфекционного агента доказаны для:
-цитомегаловирусной инфекции
-сифилиса
-генитального герпеса
+вируса краснухи
-токсоплазмоза

#Согласно рекомендациям ВОЗ препаратом выбора для лечения токсоплазмоза во время беременности является:
-джозамицин
-амоксициллин
+спирамицин
-эритромицин
-офлоксацин

#Необходимый и достаточный метод диагностики первичного токсоплазмоза у беременной
-культуральный
-бактериоскопический
-электронная микроскопия
+серологический(ИФА)
-метод прямой иммунофлуоресценции

#С позиции доказательной медицины (по рекомендациям ВОЗ) препаратом выбора для профилактики РДС при преждевременных родах является
-амброксол
-эуфиллин
-метипред
+бетаметазон

-преднизолон

#Тактика при появлении признаков передозировки сульфата магния
+внутривенно болюсно ввести 10мл 10%глюконата кальция
-приступить к внутривенной инфузии 100мл 5% хлорида калия
-внутривенно ввести 10мл 5% глюконата кальция
-внутривенно болюсно ввести 5мл 10% хлорида кальция
-приступить к внутривенной инфузии 100мл 10%глюконата кальция

#Решение о начале проведения реанимационных мероприятий новорожденному принимают на основании оценки
-по шкале Апгар в конце 1 минуты жизни
-по шкале Сильвермана в конце первой минуты жизни
-по шкале Апгар сразу после рождения
+самостоятельного дыхания и ЧСС до конца первой минуты жизни
-по шкале Сильвермана в течение 30 секунд жизни

#Анатомически узкий таз – это таз, в котором все или хотя бы один из размеров укорочен по сравнению с нормой на:
-0,5-1см
-1-1,5см
+1,5-2см
-2-2,5см
-2,5-3см

#Размеры:D.sp. – 25; D.cr. – 28; D.tr. – 31; Conj.externa – 18, соответствуют следующей форме сужения таза:
-общеравномерносуженный
+простой плоский
-плоскорахитический
-поперечносуженный
-кососуженный

#Тактика акушера при появлении признаков клинического соответствия между размерами таза матери и головкой плода:
-наложение полостных акушерских щипцов
-эпидуральная анестезия
-экстренное оперативное родоразрешение
+острый токолиз, после купирования схваток – кесарево сечение
-наложение выходных акушерских щипцов

#В родильный дом доставлена беременная Н. Срок беременности 37-38 недель с жалобами на отхождение околоплодных вод. При осмотре регулярной родовой деятельности нет, выявлено поперечное положение плода, головка плода слева. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. в 1 мин. Выберите наиболее оптимальный метод родоразрешения:
-родовозбуждение с последующим ведением родов через естественные родовые пути
-выжидательная тактика
-классический поворот плода на ножку с последующим извлечением плода за тазовый конец
+родоразрешение путем операции кесарева сечения
-наружный поворот плода на головку

#После рождения I плода из двойни выявлено, что II плод находится в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. В мин. Плодный пузырь II плода цел. Дальнейшая тактика ведения родов:
-амниотомия, консервативное течение родов
-амниотомия, классический поворот плода на ножку с последующей экстракцией его за тазовый конец
+кесарево сечение
-внутривенное введение окситоцина

#Диссоциированное развитие характеризуется разницей массы плодов, соответствующей:
-5%
+10%
-20%
-30%
-40%

#Размеры: D.sp. – 27; D.cr. – 27; D.tr. – 30; Conj.externa – 17; Conj.diag. – 10; Conj. Vera – 8 соответствуют следующей форме и степени сужения таза:
-простой плоский таз
+плоскорахитичный
-I степень сужения
+II степень сужения

#Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:
+максимальное сгибание головки во входе в малый таз
+клиновидное вставление головки
+вставление саггитального шва в косом размере плоскости входа в малый таз
-низкое поперечное стояние саггитального шва

#Причины формирования клинического несоответствия между размерами таза матери и головкой плода:
+анатомически узкий таз
+крупный плод
+неблагоприятные вставления: заднетеменной асинклитизм, высокое прямое стояние стреловидного шва, разгибательные предлежания
+отсутствие конфигурации головки при переношенной беременности

#К симптомам клинического несоответствия между размерами таза матери и головкой плода относятся:
+отсутствие поступательного движения головки плода: длительное стояние головки плода во входе в малый таз при наличии хорошей родовой деятельности
+положительный или вровень симптом Вастена при отошедших околоплодных водах
+отек шейки матки и наружных половых органов
+задержка мочеиспускания

#Абсолютным показанием к госпитализации и началу парентеральной гипотензивной терапии беременной с атрериальной гипертензией является:
-впервые выявленная артериальная гипертензия
-повышение диастолического АД до 110 мм рт ст
+появление симптомов со стороны ЦНС
-присоединение протеинурии
-отсутствие эффекта от амбулаторного лечения

#Перспективы сохранения беременности у женщин с ревматическими пороками сердца зависят прежде всего от:
-локализация порока
-характера нарушений функции клапана сердца
-доступности специализированной медицинской помощи
+степени нарушения кровообращения
-активности ревматизма

#В женскую консультацию обратилась беременная на сроке 11-12 нед. С бессимптомным пролапсом митрального клапана. Жалоб нет. На основании каких диагностических данных (помимо анамнеза) можно прогнозировать характер течения беременности:
-аускультации
-суточного ЭКГ мониторирования
+эхокардиографии
-тонокардиографии
-нагрузочных проб

#В женскую консультацию обратилась беременная с пролапсом митрального клапана. Беременность протекала нормально до 30 недель, когда при повторном обращении в консультацию отмечались жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение, одышку при минимальной нагрузке. Отеков нет, АД 110/60 мм рт ст, в анализе мочи следы белка. С учетом анамнеза прежде всего следует заподозрить:
-инфаркт миокарда или эндокардит
-преэклампсию
-приступ нейроциркуляторной дистонии или нарушение мозгового кровообращения
+легочную гипертензию или кардиальную аритмию
-тромбоэмболию ветвей легочной артерии

#В женскую консультацию обратилась беременная с бессимптомным пролапсом митрального клапана. Беременность протекала нормально до 30 недель, когда на фоне слабости, головокружения, сердцебиения, одышки при минимальной нагрузке, заподозрена легочная гипертензия или кардиальная аритмия (отеков нет, АД 110/60 мм рт ст, в анализе мочи следы белка). Пациентке необходимо:
-ввести 2,5 г сернокислой магнезии в/в, экстренно госпитализировать в акушерский стационар
+экстренно госпитализировать в кардиологический стационар
-ввести 10 ед гепарина п/к и экстренно госпитализировать в отделение сосудистой хирургии
-экстренно госпитализировать в неврологический стационар
-дать таблетку нитроглицерина под язык и экстренно госпитализировать в отделение кардиореанимации

#Артериальная гипертензия в первой половине беременности в 90% случае это:
-раннее проявление преэклампсии
-вторичная почечная гипертензия
-симптом гиперальдостеронизма
+гипертоническая болезнь
-признак гипертиреоза

#Какой из перечисленных гипотензивных препаратов не целесообразен для назначения беременной с артериальной гипертензией при сроке 16-17 недель и повышенным тонусом матки:
-магния сульфат
+пропранолол
-верапамил

-метилдопа
-клонидин

#Гипертензивные препараты, противопоказанные во время беременности в связи с отсутствием данных о безопасности для плода:
нитраты
-бета-блокаторы
+блокаторы АПФ
-блокаторы кальциевых каналов
-альфа-миметики центрального действия

#Наиболее частое осложнение митрального стеноза в родах:
+отек легких
-мерцательная аритмия
-тромбоэмболия
-инфаркт миокарда
-гидроторакс

#Механизм антитромботического действия компрессионного белья для беременных:
-стимуляция выработки простациклина в эдотелии вен через активацию барорецепторов
-снижение давления увеличенной матки на нижнюю полую вену
-выключение из кровотока патологических артерио-венозных шунтов
+ускорение тока крови в глубоких венах при сдавливании поверхностных
-уменьшение притока крови к нижним конечностям

#Эндометриоз яичников чаще всего диагностируется:
-В ювенильном возрасте
+ В репродуктивном возрасте
-В позднем репродуктивном и перименопаузальном возрасте
- В менопаузальном возрасте
- Может встречаться одинаково часто в любом возрасте

#Ведущей из перечисленных ниже причин бесплодия при наружном эндометриозе является:
-Непроходимость маточных труб
- Снижение половой активности вследствие диспареунии
+Активация перитонеальных макрофагов
- Недостаточность лютеиновой фазы
- Ановуляция

#Укажите характер болей при аденомиозе:
-Схваткообразные боли внизу живота, вне связи с менструальным циклом
+ Постоянные, ноющие боли, усиливающие перед и во время менструации
-Схваткообразные боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область поясницы
- Постоянные тупые боли в области поясницы
- Схваткообразные боли в глубине таза с иррадиацией в наружные половые органы, в прямую кишку

#Наиболее информативным методом диагностики «малых» форм наружного генитального эндометриоза является:
-Определения уровня СА-125 в крови
- УЗИ органов малого таза
-Гистероскопия

- Магнитно-резонансная томография органов малого таза. Д. +Лапароскопии с биопсией подозрительных участков тканей

#Какие лекарственные препараты вызывают у больных генитальным эндометриозом состояние «псевдоменопаузы»:
-Эстроген-гестагеные препараты
-Прогестагены
+Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
- Антигонадотропины
-Фитоэстрогены

#Какие лекарственные препараты не применяются для лечения эндометриоза:
-Эстроген-гестагеные контрацептивные препараты
- Прогестагены
- Антигонадотропины
+Эстроген-гестагенные препараты для ЗГТ .
-Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона

#Какое положение относительно гормональной терапии эндометриоза является верным:
+Проводится курсом не менее 6 месяцев
- Является единственным возможным методом лечения
- Всегда применяется для подготовки к операции
- Данный вид терапии эффективен у больных в молодом возрасте Д. –ормональная терапия неэффективна

#Выберите оптимальную тактику ведения у больной с распространенным наружным генитальным эндометриозом и стойким болевым синдромом:
-Непрерывное применение эстроген-гестагенных препаратов в течение 3 мес, затем по схеме контрацепции в течение 3 мес.
- Норколут по 5 мг с 5 по 25 дни цикла в течение 6 мес.
-Дюфастон по 5мг 3 раза в день с 5 по 25 дни менструального цикла в течение 6 мес.
-Даназол по 600 мг в течение 6 мес.
+ Хирургическое лечение с последующим назначением супрессивной гормональной терапии

#Выберите оптимальную тактику ведения у больной, находящейся в перименопаузальном возрасте, с клинически выраженным аденомиозом, приводящим к анемизации пациентки:
-Терапия Золадексом в течение 6-9 месяцев.
-Терапия Медроксипрогестерона ацетатом в высокой дозе в течение 6 мес.
-Резектоскопия, тотальная аблация эндометрия.
+Гистерэктомия.

#Аденомиоз чаще всего диагностируют в возрастной группе:
-Ювенильный возраст
+Поздний репродуктивный возраст
-Менопаузальный возраст
+Перименопаузальный возраст

#При пролактиноме главной причиной снижения фертильности является:
-Повышение риска ранних потерь беременности
-Метаболические расстройства
-Надпочечниковая гиперандрогения

+ Гипоэстрогенная ановуляция
-Гиполютеинизм

#Наиболее информативным методом подтверждения факта овуляции является:
+Определение высокой концентрации прогестерона в лютеиновую фазу цикла
-Ультразвуковое исследование
-Анализ графика базальной температуры тела
-Определение концентрации эстрадиола в фолликулярную фазу цикла
-Тест на кристаллизацию цервикальной слизи.

#Диагноз «преждевременное истощение яичников» ставят женщине моложе 40 лет при двукратном определении концентрации ФСГ в сыворотке крови выше:
-20 МЕ/л
+ 30 МЕ/л
- 40 МЕ/л
- 50 МЕ/л Д.
-60 МЕ/л

#Пациентка 25 лет. Жалобы на олигоменорею, избыточный рост волос, бесплодие в течение 2 лет. В анализе крови незначительно повышен тестостерон, ЛГ выше нормы, ФСГ в норме, кортизон в норме. Наиболее вероятный диагноз:
-Вирилизующая опухоль яичников
-Врожденная дисфункция коры надпочечников
-Синдром тестикулярной феминизации
+Синдром поликистозных яичников
-Стромальный текоматоз

#При преждевременной менопаузе возможно наступление беременности только после:
-Стимуляции яичников препаратами гонадотропинов
-Десенситизации гипофиза препаратами агонистов гонадотропин-рилизинг гормона
-Заместительной гормональной терапии
+ Экстракорпорального оплодотворения с донорскими ооцитами
-Диатермокоагуляции яичников

#Бесплодие при синдроме лютеинизации неовулировавшего фолликула обусловлено:
+Ановуляцией
-. Гипоэстрогенией
-.Олигоменореей
-. Недостаточностью желтого тела
-Гиперэстрогенией

#Пациентка 27 лет, бесплодие 4 года, гипофункция щитовидной железы. Показатели спермограммы в норме, трубы проходимы. До начала приема L-тироксина ановуляция. По уровню каких гормонов необходимо контролировать дозу препарата:
-ФСГ
-Т4, ТЗ
-Пролактин
+ТТГ
-Прогестерон

#В случае первичного гипотиреоза и лечения L-тироксином при наступлении беременности следует:
-Немедленно прекратить

-Прекратить по окончании периода плацентации (16 нед)
-Прекратить в 20-22 нед
-Прекратить в 32-36 нед
+Продолжить до родов

#У больной 27 лет с жалобами на боли в нижних отделах живота и первичным бесплодием обнаружен наружный эидометриоз II ст. распространения по классификации американского общества фертильности, спаечный процесс. Очаги эндометриоза коагулированы, спайки разделены. Какова тактика дальнейшего ведения на ближайшее время:
-Стимуляция овуляции
+Наблюдение 6 месяцев с поддержкой секреторной фазы аналогами прогестерона
-Прогестагены в непрерывном режиме в течение 6 мес
-Агонисты гонадолиберина в течение 6 мес
-Комбинированные оральные контрацептивы в течение 6 мес

2.4. Перечень навыков:

Целевая группа пациентов: дети, женщины в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторные и/или дневной стационар, стационарные

Требования к оказанию медицинской помощи: в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи

№	Перечень практических навыков	Формируемые компетенции
1.	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов, интерпретировать и анализировать полученную информацию	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
2.	Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, в том числе в период беременности, родов и в послеродовой период	ПК-1, ПК-2, ОПК-4

3.	Применять методы осмотра и медицинских обследований пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей: - оценку менструального календаря - определение срока беременности, предполагаемой даты родов - физикальное исследование различных органов и систем - оценку состояния пациентки - визуальное исследование и пальпация молочных желез - оценку степени развития молочных желез (В 1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру - измерение окружности живота, высоты дна матки - измерение размеров таза: наружная, внутренняя пельвиометрия - измерение индекса Соловьева, Ромба Михаэлиса - пальпацию плода, определение положения, вида, позиции и предлежащей части плода (приемы Леопольда) - контроль шевелений плода во время беременности - аускультацию плода с помощью стетоскопа, ручного доплеровского устройства - визуальный осмотр наружных половых органов - осмотр шейки матки в зеркалах - бимануальное влагалищное исследование - ректовагинальное исследование - оценку зрелости шейки матки по шкале Bischop - кардиотокографию плода (далее - КТГ) - получение влагалищного мазка, соскоба вульвы и соскоба с шейки матки для онкоцитологического исследования - получение материала из уретры, шейки матки, влагалища для микроскопического и культурального исследования - получением материала из уретры, шейки матки, влагалища для молекулярно-генетического исследования - оценку состояния новорожденного по шкале Апгар - оценку течения послеродового периода: диагностика инволюции матки, становление лактации, профилактика лактостаза и мастита	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
4.	Устанавливать предварительный диагноз	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
5.	Обосновывать, планировать и назначать лабораторные, инструментальные исследования	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
6.	Интерпретировать и анализировать результаты осмотров, лабораторных и инструментальных исследований	ПК-1, ПК-2, ОПК-4
7.	Планировать оптимальный выбор принципов подготовки к планируемой беременности, принципов ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями	ПК-1, ПК-2, ОПК-5
8.	Выполнять инструментальные обследования - амниоцентез - биопсию вульвы/влагалища, шейки матки, эндометрия (цуг, пайпель, вакуум-аспирация) - биопсию хориона/плаценты - вакуум-аспирацию эндометрия - гистероскопию - зондирование матки - кольпоскопию/вагиноскопию/вульвоскопию - контрастную эхогистеросальпингоскопию	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК - 1

	- раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (далее - РДВ) - ручное обследование матки послеродовое	
9.	Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных обследований пациентов: - амниоскопии - гистеросальпингографии - гистероскопии - кольпоскопии/вагиноскопии/вульвоскопии - компьютерной томографии (далее - КТ) органов малого таза, в том числе с контрастированием - контрастной эхогистеросальпингоскопии - КТГ плода - магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ) органов малого таза, в том числе с внутривенным контрастированием - маммографии - ультразвукового исследования (далее -УЗИ): органов малого таза, органов брюшной полости, почек и мочевыводящих путей, молочных желез, УЗИ плода и плаценты, цервикометрии - ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
10.	Обеспечивать безопасность инструментальных обследований и медицинских вмешательств, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате инструментальных обследований	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, 5
11.	Определять показания для направления пациентов к врачам-специалистам	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
12.	Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования врачами-специалистами пациентов	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
13.	Определять показания для госпитализации в стационар и организовать ее	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, 5
14.	Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, 5
15.	Проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
16.	Устанавливать диагноз в соответствии с МКБ	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, УК-1
17.	Определять медицинские показания и направлять пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-1, ПК-2, ОПК-5, УК-1
18.	Оценивать тяжесть состояния пациента	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, 10, УК-1
19.	Проводить консультирование, разрабатывать индивидуальный план лечения пациента	ПК-1, ПК-2, ОПК-5
20.	Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия, немедикаментозную терапию и лечебное питание	ПК-1, ПК-2, ОПК-5
21.	Оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения	ПК-1, ПК-2, ОПК-5
22.	Выполнять медицинские вмешательства и методы диагностики, в том числе хирургические, при беременности, в родах и послеродовом периоде:	ПК-1, ПК-2, УК-1, ОПК-5

	- консультирование по подбору метода контрацепции - подбор, введение, извлечение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) - подбор, введение, извлечение влагалищного поддерживающего кольца (пессария) - наложение швов на шейку матки и снятие швов с шейки матки (серкляж) - применение (введение, удаление) механических методов индукции родов: гигроскопический цервикальный расширитель, катетер Фоллея, оригинальный катетер; - ведение физиологических родов, заполнение партограммы - амниотомию - мануальную оценку частоты, продолжительности и интенсивности схваток, определение конфигурации головки плода по наружным данным - взятие крови из кожи головки плода - разрез промежности: эпизиотомию, перинеотомию - ручное пособие при тазовом предлежании плода: экстракцию плода за тазовый конец, ведение родов при тазовом предлежании плода (пособие по Н.А. Цовьянову), прием Ловсета, классическое ручное пособие, приемы Морисо - Левре, Смелли – Вейта, ручное пособие при тазовых предлежаниях плода при запрокидывании головки и ручек плода, наложение щипцов Пайпера на последующую головку при тазовых предлежаниях плода - наружный поворот плода из тазового предлежания поперечного и косого положений плода в головное - наружно-внутренний поворот плода на ножку - ручное пособие при дистоции плечиков плода: прием Мак-Робертса, надлобковое надавливание, прием Рубина, винт Вуда, прием Гаскин, извлечение задней ручки, заднюю аксиальную слинговую тракцию - наложение выходных акушерских щипцов - вакуум-экстракцию плода - активное ведение третьего периода родов - осмотр шейки матки и мягких родовых путей после родов - вправление матки при выворотe матки (в родах) - оценку допустимой кровопотери в родах - ушивание разрезов промежности (эпизиотомию, перинеотомию), разрывов шейки матки, влагалища, промежности - ручное отделение плаценты и выделение последа и/или оболочек - ручное обследование полости матки послеродовое - бимануальную компрессию матки - установку внутриматочного баллона - лапаротомия с различной техникой операции: нижнесрединная, по Джоел-Кохену, по Пфанненштилю - кесарево сечение с различной техникой разреза матки: поперечный в нижнем отделе, донный, корпоральный - миомэктомию из лапаротомного доступа - наложение гемостатических компрессионных швов на матку - остановку внутрибрюшного кровотечения - перевязку маточных артерий - плодоразрушающую операцию - ушивание повреждения стенки матки	

	- ушивание повреждения мочевого пузыря - удаление кисты яичника и параовариальной кисты лапаротомическое или с использованием видеоэндоскопических технологий - стерилизацию маточных труб лапаротомическую или с использованием видеоэндоскопических технологий - тотальную гистерэктомию (экстирпацию матки) или субтотальную гистерэктомию (ампутацию матки) с придатками или без придатков - снятие швов с промежности и передней брюшной стенки - ведение инфицированных ран промежности и передней брюшной стенки - наложение вторично-отсроченных швов на промежность - вакуум-аспирация содержимого полости матки после родов - выскабливание полости матки после родов Выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, пациентам с гинекологическими заболеваниями: - консультирование по подбору метода контрацепции - введение и удаление имплантационного контрацептива - введение и удаление внутриматочной спирали - дренирование абсцесса женских половых органов, вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища - зондирование матки - искусственное прерывание беременности (аборт) методом дилятации и кюретажа и мануальной или электрической аспирации плодного яйца, в том числе медикаментозный аборт - рассечение девственной плевы - орошение влагалища кавитированными растворами лекарственных средств - тампонирование лечебное влагалища - удаление инородного тела из влагалища - хирургическое лечение генитальных бородавок с использованием электрической, в том числе радиоволновой, криогенной, ультразвуковой и лазерной энергий; - вправление матки при выпадении матки, подбор, введение, извлечение влагалищного поддерживающего кольца (пессария) - энуклеацию кисты большой железы преддверия влагалища - расширение цервикального канала - РДВ полости матки и цервикального канала - удаление полипа шейки матки при гистерскопии, РДВ - хирургическое лечение шейки матки с использованием электрической, в том числе радиоволновой, криогенной, ультразвуковой и лазерной энергий - ампутацию и конизацию шейки матки (ножевую/ петлевую) - гистероскопию - восстановление и ушивание разрывов стенки влагалища, шейки матки, вульвы и промежности, девственной плевы - вскрытие, опорожнение и дренирование гематомы женских половых органов - демедуляцию яичников - деструкцию очагов эндометриоза с помощью электрической, в том числе радиоволновой, криогенной, ультразвуковой и лазерной энергий - иссечение очагов эндометриоза, ретроцервикального эндометриоза	

	- зашивание разрыва влагалища, промежности и шейки - кольпоперинеорафию и леваторопластику - манчестерскую операцию - миомэктомию лапаротомическую - остановку внутрибрюшного кровотечения - операции по поводу бесплодия на придатках матки - опорожнение гематометры - пункцию брюшной полости через задний свод влагалища - рассечение и иссечение спаек женских половых органов - рассечение девственной плевы - рассечение спаек в брюшной полости - рассечение синехий малых половых губ - расширение цервикального канала - резекцию яичника, - оофорэктомию или сальпинго-оофорэктомию лапаротомическую или с использованием видеоэндоскопических технологий - диагностическую лапароскопию - сальпингэктомию или сальпингостомию лапаротомическую или с использованием видеоэндоскопических энергий (в том числе при внематочной беременности) - орошение влагалиша, цервикального канала и полости матки кавитированными растворами антисептиков - лапарацентез - лапаротомия: нижнесрединная, поперечным разрезом по Пфанненштилю, мини-лапаротомия - диагностическая лапароскопия - стерилизацию маточных труб лапаротомическую или с использованием видеоэндоскопических технологий - тампонирование лечебное влагалища - субтотальную гистерэктомия (ампутация матки) с придатками - удаление дисгенетичных гонад или гонадальных тяжей - удаление кисты яичника и параовариальной кисты лапаротомическое или с использованием видеоэндоскопических технологий - удаление полипа женских половых органов - удаление рудиментарного рога матки - ушивание повреждения стенки матки, повреждения мочевого пузыря, разрыва яичника - методы обезболивания при внутриматочных манипуляциях: местная инфильтрационная и парацервикальная анестезия	
23.	Разрабатывать и выполнять план послеоперационного ведения пациентов	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, 5
24.	Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии	ПК-1, ПК-2, ОПК-4, 5
25.	Определять медицинские показания для медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения	ПК-1, ПК-2, ОПК-6
26.	Разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортному лечению	ПК-1, 2, ОПК-6
27.	Проводить мероприятия по медицинской реабилитации, санаторно-	ПК 1, ПК 2, ОПК-6

	курортному лечению	
28.	Определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению	ПК 1, ПК 2, ОПК- 4, 6
29.	Проводить оценку эффективности и безопасности медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения	ПК-1, ОПК-6
30.	Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	ПК-1, ПК-2, ОПК-10
31.	Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации	ПК-1, ПК-2, ОПК-10
32.	Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), и неотложной форме	ПК-1, ПК-2, ОПК-10
33.	Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме	ПК-1, ПК-2, ОПК-5,10
34.	Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни среди женщин, по профилактике гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез	ПК-1, ПК-2, ОПК-8
35.	Организовывать и проводить медицинские профилактические осмотры с целью раннего выявления гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез	ПК-1, ОПК-8
36.	Проводить консультирование пациентов для предупреждения осложнений беременности, развития рецидивов и осложнений заболеваний	ПК-1, ПК-2, ОПК-8
37.	Проводить диспансерное наблюдение пациентов	ПК-1, ОПК-5
38.	Заполнять и направлять экстренное извещение о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при выявлении инфекционного заболевания	ПК-1, ПК-2, ОПК-8
39.	Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)	ПК-1, ПК-2, ОПК-8
40.	Участвовать в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции	ПК-1, ПК-2, ОПК-8
41.	Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов, оформлять и выдавать листки временной нетрудоспособности	ПК-1, ПК-2, ОПК-7
42.	Составлять план работы и отчет о своей работе	ПК-1, ПК-2, ОПК-9
43.	Проводить анализ медико-статистических показателей	ПК-1, ПК-2, ОПК-9
44.	Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения	ПК 1, ПК 2, УК-1
45.	Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинским персоналом, находящимся в распоряжении	ПК 1, ПК 2, ОПК-9
46.	Использовать в профессиональной деятельности информационные системы в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	ПК-1, ПК-2, ОПК-1, УК-1

47.	Обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	ПК-1, ПК-2, ОПК-2
48.	Приобретение навыков педагогической деятельности (занятия с группами студентов под руководством преподавателя)	ОПК-3

3.Технологии и критерии оценивания

По окончании изучения дисциплины «Акушерство и гинекология» предусмотрен зачет, который проводится на последнем практическом занятии по результатам тестового контроля.

Цель промежуточной аттестации – оценить степень освоения ординаторами дисциплины «Акушерство и гинекология» в соответствии с требованиями ФГОС высшего образования по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология».

Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:

Отлично – проведен подробный расспрос больной, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения и ближайший прогноз. При общении с больной или его представителем проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больной, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больной, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

70-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

Критерии оценки этапа клинического разбора больного:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, устанавливает причинно- следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.