

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
**«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

### ПРИНЯТА

На ученом совете стоматологического и медико-  
профилактического факультетов  
протокол от 13.04.2021 № 3  
Председатель совета Д.Е.Суетенков

### УТВЕРЖДАЮ

Декан стоматологического и медико-  
профилактического факультетов  
Д. Е. Суетенков  
« 13 » 04 2021 г.

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

### АКУШЕРСТВО

(наименование учебной дисциплины)

Направление подготовки (специальность)

**31.05.03 Стоматология**

Форма обучения

очная

(очная, очно-заочная, заочная)

Срок освоения ОПОП

**5 лет**

**Кафедра АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

### ОДОБРЕНА

на заседании учебно-методической  
конференции кафедры от 09.04.2021 № 4

Заведующий кафедрой Н.Ф. Хворостухина

### СОГЛАСОВАНА

Начальник методического отдела УОКОД  
Д.Ю. Нечухраная

« 12 » 04 2021 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	3
2. ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВЫПУСКНИКОВ И ИНДИКАТОРЫ ИХ ДОСТИЖЕНИЙ	4
3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	5
4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	6
5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	6
5.1 Разделы учебной дисциплины (модуля) и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	6
5.2 Разделы дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы текущего контроля	7
5.3 Название тем лекций с указанием количества часов	8
5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов	8
5.5. Лабораторный практикум	9
5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине	9
6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (модулю)	9
7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	11
8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	11
9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	14
10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ	15
11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	15
12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	15
13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	15
14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	15

Рабочая программа учебной дисциплины «Акушерство» разработана на основании учебного плана по специальности 31.05.03 «Стоматология», утвержденного Ученым Советом Университета, протокол от «24» февраля 2021г., № 2; в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) «Стоматология», утвержденный Министерством образования и науки Российской Федерации «12» августа 2020 г.

## 1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

**Цель:** – подготовка врача-стоматолога, способного оказывать помощь при родовспоможении, и ориентироваться в клинических симптомах акушерско-гинекологических заболеваний для своевременного направления пациентки с целью оказания специализированной медицинской помощи.

**Задачи:** - формирование у студентов, будущих врачей-стоматологов понятий об изменениях в организме беременной женщины, о влиянии течения беременности на стоматологический статус женщин, о значении одонтогенной инфекции в развитии гнойно-септических осложнений у беременных, рожениц и родильниц, а также влиянии гормональных нарушений в организме женщины на состояние зубочелюстной системы при различных гинекологических заболеваниях.

- обучение студентов принципам организации и работы родильного и гинекологического отделений, профилактики инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней в женской консультации;

- ознакомление студентов с принципами проведения мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях, создание благоприятных условий пребывания больных и условий труда медицинского персонала;

- формирование у студентов умений по проведению профилактических мероприятий при наличии факторов риска стоматологического здоровья у женщин;

- обучение студентов правильной постановке предварительного диагноза у женщин и направлению женщин на обследование;

- обучение студентов лечению стоматологических заболеваний с учетом акушерско-гинекологического статуса при наличии сопутствующей акушерской и гинекологической патологии;

- обучение студентов диагностике неотложных состояниях в акушерско-гинекологической практике;

- обучение студентов оказанию неотложной помощи беременным, роженицам, родильницам.

## 2. Общепрофессиональные компетенции выпускников и индикаторы их достижения

### Компетенции, формируемые в процессе изучения учебной дисциплины

Универсальные (УК), общепрофессиональные (ОПК) - в соответствии с ФГОС 3++,

профессиональные (ПК) – в соответствии с профессиональными стандартами (при наличии)

Категория общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Основы фундаментальных и естественно-научных знаний	<b>ОПК –8</b> способен использовать основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы при решении профессиональных задач	ИОПК 8.1 <b>Знает:</b> основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы, которые используются в медицине ИОПК 8.2 <b>Умеет:</b> интерпретировать данные основных физико-химических, математических и естественно-научных методов исследования при решении профессиональных задач ИОПК 8.3 <b>Имеет практический опыт:</b> применения основных физико-химических, математических и естественно-научных методов исследования при решении профессиональных задач
Информационная грамотность	<b>ОПК-13.</b> способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	ИОПК 13.1 <b>Знает:</b> возможности справочно-информационных систем и профессиональных баз данных; методику поиска информации, информационно-коммуникационных технологий; современную медико-биологическую терминологию; основы информационной безопасности в профессиональной деятельности ИОПК 13.2 <b>Умеет:</b> применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности; осуществлять эффективный поиск информации, необходимой для

		<p>решения задач профессиональной деятельности с использованием справочных систем и профессиональных баз данных; пользоваться современной медико-биологической терминологией; осваивать и применять современные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности с учетом основных требований информационной безопасности ИОПК 13.3 <b>Имеет практический опыт:</b> использования современных информационных и библиографических ресурсов, применения специального программного обеспечения и автоматизированных информационных систем для решения стандартных задач профессиональной деятельности с учетом основных требований информационной безопасности</p>
--	--	--

### 3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Учебная дисциплина «Акушерство» относится к базовой части (Блок 1) дисциплин учебного плана специальности «Стоматология», изучается в 5, 6 семестрах.

Материал дисциплины опирается на ранее приобретенные студентами знания по:

- Анатомии, внутренних болезней с основами психосоматики (ОПК-5,6,7,9)
- Топографической анатомии и оперативной хирургии головы и шеи, хирургических болезнях (ОПК-5,7,9, ПК-1)
- Биохимии, микробиологии (ОПК-8,13, ПК-1,3)

#### 4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ

Вид работы	Всего часов	Кол-во часов в семестре	
		№5	№ 6
1	2		
<b>Контактная работа (всего), в том числе:</b>	<b>56</b>	<b>28</b>	<b>28</b>
<b>Аудиторная работа</b>	<b>72</b>	<b>28</b>	<b>28</b>
Лекции (Л)	8	4	4
Практические занятия (ПЗ),	48	24	24
<b>Внеаудиторная работа</b>			
<b>Самостоятельная работа обучающегося (СРО)</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)		3
	экзамен (Э)		
<b>ИТОГО: Общая трудоемкость</b>	час.	<b>72</b>	<b>36</b>
	ЗЕТ	<b>2</b>	<b>1</b>

#### 5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

##### 5.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Содержание раздела
1	2	3	4
1	ОПК-8 ОПК-13	Акушерство	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изменения в организме беременной женщины. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам.</li> <li>2. Невынашивание беременности.</li> <li>3. Акушерские кровотечения.</li> <li>4. Гестозы.</li> <li>5. Патология ротовой полости и гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии.</li> <li>6. Организация работы родильного дома и женской консультации.</li> <li>7. Женский таз. Плод как объект родов. Физиология родов. Биомеханизм родов в головном предлежании.</li> </ol>

			8. Обезболивание. Аномалии родовой деятельности. 9. Тазовые предлежания. Узкий таз. 10. Акушерский травматизм. Акушерские операции.
2	ОПК-8 ОПК-13	Гинекология	1. Физиология и нарушения овариально-менструального цикла 2. Миома матки. Эндометриоз. 3. Фоновые, предраковые процессы. Рак шейки матки. 4. «Острый живот» в гинекологии. 5. Планирование семьи. Контрацепция. 6. Опухоли и опухолевидные образования яичников 7. Предрак и рак женских половых органов. 8. Гинекологические операции. Искусственный аборт.

## 5.2 Разделы дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды деятельности (в часах)					Формы текущего контроля успеваемости
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5	Акушерство	4	0	24	8	36	Тесты, оценка практических навыков, кейс-стади
2	6	Гинекология	4	0	24	8	36	Тесты, оценка практических навыков, кейс-стади
<b>ИТОГО:</b>			<b>8</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>16</b>	<b>72</b>	

### 5.3 Название тем лекций с указанием количества часов

№ п/ п	Название тем лекций	Кол-во часов в семестре	
		5	6
1	2	3	4
1	Изменения в организме беременной женщины. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам.	2	
2	Акушерские кровотечения.	2	
3	Физиология и нарушения овариально-менструального цикла		2
4	«Острый живот» в гинекологии		2
	<b>ИТОГО</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

### 5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов

№ п/п	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	Кол-во часов в семестре	
		5	6
1	2	3	4
1	<b>Тема 1-2</b> Организация работы родильного дома и женской консультации. Женский таз. Плод как объект родов.	4	
2	<b>Тема 3-4</b> Физиология родов. Биомеханизм родов в головном предлежании. Обезболивание. Аномалии родовой деятельности.	4	
3	<b>Тема 5-6</b> Тазовые предлежания. Узкий таз. Акушерский травматизм. Акушерские операции.	4	
4	<b>Тема 7-8</b> Гестозы. Невынашивание беременности.	4	
5	<b>Тема 9-10</b> Кровотечения II половины беременности, в III и послеродовом периодах.	4	
6	<b>Тема 11-12</b> Гнойно-септические инфекции в акушерстве. Профилактика одонтогенной инфекции.	4	
7	<b>Тема 13-14</b> Физиология менструального цикла и его нарушения.		4
8	<b>Тема 15-16</b> Воспалительные заболевания женских половых		4
9	<b>Тема 17-18</b> Миома матки. Эндометриоз.		4
10	<b>Тема 19-20</b> Опухоли и опухолевидные образования яичников. Предрак и рак женских половых органов.		4
11	<b>Тема 21-22</b> Гинекологические операции. Искусственный аборт.		4
12	<b>Тема 23-24</b> Планирование семьи. Контрацепция.		4
	<b>ИТОГО</b>	<b>24</b>	<b>24</b>

### 5.5. Лабораторный практикум

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Наименование лабораторных работ	Всего часов
1	2	3	4	5
<b>ИТОГО</b>				

**НЕ ПРЕДУСМОТРЕН**

### 5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4	5
1	5	<b>Акушерство</b>	Подготовка к занятиям, подготовка к тестированию	<b>8</b>
2	6	<b>Гинекология</b>	Подготовка к занятиям, подготовка к тестированию	<b>8</b>
<b>ИТОГО</b>				<b>16</b>

### 6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Бесплодный брак. Планирование семьи. Контрацепция. СГМУ, 2017, 1.5 п.л.
2. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Аборт и его осложнения. СГМУ, 2017, 1.0 п.л.
3. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, О.В. Трушина. Заболевания шейки матки. СГМУ, 2017, 1.0 п.л.
4. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.К. Василевич. Внематочная беременность. СГМУ, 2017, 1.0 п.л.
5. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская «Острый живот» в гинекологии. СГМУ, 2017, 2.0 п.л.
6. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.А. Плеханов. Злокачественные опухоли матки. СГМУ, 2017, 1.0 п.л.
7. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Доброкачественные процессы и опухоли матки. СГМУ, 2017, 1.0 п.л.
8. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.А. Плеханов. Воспалительные заболевания

- женских половых органов специфической этиологии. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
9. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  10. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Опухоли яичников. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  11. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Физиология менструального цикла и его нарушения. СГМУ, 2017,1.5 п.л.
  12. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Семиотика и диагностика гинекологических заболеваний. СГМУ, 2017,1.5 п.л.
  13. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Диагностика беременности. Таз с анатомической точки зрения, плод как объект родов. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  14. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.Г. Молчанова. Тазовое предлежание: биомеханизм родов, акушерские пособия. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  15. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, С.Н. Грибова. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Тромбоэмболия. Эмболия околоплодными водами. СГМУ, 2017,2.0 п.л.
  16. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Родовой травматизм матери и плода. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  17. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Многоплодная беременность. Фетоплацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного. СГМУ, 2017,2.0 п.л.
  18. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Организация работы родильного дома и женской консультации. СГМУ, 2017,2.5 п.л.
  19. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.М. Минасян. Неправильные положения плода. Операции по исправлению неправильных положений, их влияние на плод и новорожденного. СГМУ, 2017,2.5 п.л.
  20. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.Г. Молчанова. Гестозы. СГМУ, 2017,2.5 п.л.
  21. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.М. Минасян. Биомеханизм родов при головном предлежании. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  22. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Аномалии родовой деятельности. Разгибательные предлежания плода. СГМУ, 2017,1.5 п.л.
  23. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, С.Н. Грибова. Иммуноконфликтная беременность. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  24. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Физиология родов. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  25. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.К. Василевич. Невынашивание беременности. Преждевременные роды. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  26. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.К. Василевич. Течение и ведение послеродового периода. СГМУ, 2017,1.0 п.л.
  27. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, С.Н. Грибова. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок. СГМУ, 2017,1.5 п.л.
  28. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Узкий таз. СГМУ, 2017,1.0 п.л.

29. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.Г. Молчанова. Кесарево сечение в современном акушерстве. Акушерские щипцы. Плдоразрушающие операции. СГМУ, 2017, 1.0 п.л.
30. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Гнойно-септические инфекции в акушерской практике. СГМУ, 2017, 1.0 п.л.

## 7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Акушерство и гинекология» в полном объеме представлен в приложении 1.

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания результатов освоения дисциплины

## 8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

### 8.1. Основная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1.	<b>Гинекология</b> [Текст] : нац. рук. / под ред.: Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. - крат. изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 690[2] с	1 экз.
2.	<b>Акушерство</b> [Текст] : учеб. [для студентов, ординаторов, аспирантов и врачей] / Г. М. Савельева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 651[1] с. : ил	100 экз.
3.	<b>Василенко, Леонид Васильевич.</b> Акушерская пропедевтика и оперативные родоразрешения [Текст] : [практ. рук. для врачей] / Л. В. Василенко, Н. И. Зрячкин. - Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2017. - 187[1] с. : ил. - Библиогр.: с. 182-184.	2 экз.
4.	<b>Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии</b> [Текст] : учеб. пособие / под ред. С.-М. А. Омарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 258[2] с. : ил. - Библиогр. в конце глав	1 экз.
5.	<b>Гинекология</b> [Текст] : учебник / под ред.: Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 431[1] с	147 экз.
6.	<b>Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии</b> [Текст] : учеб. пособие / под ред. С.-М. А. Омарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 258[2] с.	1 экз.
7.	<b>Оперативная гинекология</b> [Текст] : [науч. изд.] / В. И. Краснопольский [и др.]. - 2-е изд., перераб. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 320 с.-	1 экз.

## Электронные источники

№	Издания
1	<b>Акушерство</b> [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <b>ЭБС Консультант врача</b>
2	<b>Гинекология</b> [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Национальные руководства"). – <b>ЭБС Консультант врача</b>
3	<b>Клиническая фармакология : национальное руководство</b> [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепахина, В. И. Петрова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <b>ЭБС Консультант врача</b>
4	<b>Серов, В. Н.</b> Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. [Электронный ресурс]: клинические рекомендации разработаны и рекомендованы Российским обществом акушеров гинекологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству / Серов В.Н. ; Сухих Г.Т. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. <b>ЭБС Консультант</b>
5	<b>Манухин, И. Б.</b> Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Манухин И.Б. ; Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. <b>ЭБС Консультант врача</b>
6	<b>Савельева, Г. М.</b> Акушерство [Электронный ресурс] : учебное пособие / Савельева Г.М. ; Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. <b>ЭБС Консультант врача</b>
7	<b>Айламазян Э. К.</b> Акушерство [Электронный ресурс] / Айламазян Э. К. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. <b>ЭБС Консультант студента</b>
8	<b>Радзинский, В. Е.</b> Акушерство [Электронный ресурс] : учебное пособие / Радзинский В.Е. ; Фукс А.М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. <b>ЭБС Консультант студента</b>
9	Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. <b>ЭБС Консультант врача</b>
10	Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. <b>ЭБС Консультант врача</b>

### 8.2. Дополнительная литература

#### Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Особенности тактики ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией Учебное пособие Н.Ф.Хворостухина, А.В.Романовская, И.Ю.Шляхова, Д.А.Новичков, А.М.Минасян Издательство СГМУ, 2015.УМО РАЕ	1
2	Акушерские кровотечения: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика	1

	Учебное пособие. И.А.Салов, Н.Ф. Хворостухина, Л.В. Лысенко, Т.И.Турлупова, Д.А.Райовский. Саратов, Издательский центр «Наука», 2010.(гриф УМО)	
3	Грипп у детей и беременных: этиология, патогенез, особенности клинического течения и лечения Учебное пособие Е.В.Михайлова, И.А.Зайцева, Т.Н.Малюгина, Т.К.Чудакова, А.В.Романовская, Ю.С.Цека, С.А.Каральский, А.П.Кошкин, Н.Ф.Хворостухина и др. ЦКМС, Издательство СГМУ 2014 год	1
4	Акушерская тактика при ведении и родоразрешении беременных с травмами. Монография. И.А.Салов, Н.Ф.Хворостухина, В.И.Тома, И.Е.Рогожина. Редакционно-издательский Совет СГМУ, Издательство СГМУ, 2013	1
5	Беременность и дисфункция иммунной системы И.А.Салов, Н.Ф.Хворостухина, Ю.В.Михайлова, М.С.Шехтер Редакционно-издательский Совет СГМУ, Издательство СГМУ 2014	1
6	Рентгеноэндоваскулярная окклюзия сосудов при кровотечениях в акушерстве и гинекологии И.А.Салов, И.Е.Рогожина, Н.Ф.Хворостухина, М.С.Шехтер, Н.А.Чунихина Редакционно-издательский Совет СГМУ, Издательство СГМУ 2014	1
7	Кровотечения в акушерской практике. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская А.А. Плеханов, К.А. Тихова. Издательство СГМУ, 2017.УМО РАЕ	10
8	Фантомный курс (акушерство). Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова, А.А. Плеханов, О.В. Трушина, А.В. Романовская. Учебное пособие Из-во СГМУ, Саратов, 2018. (гриф УМО РАЕ)	10
9	Детская гинекология. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова, А.А. Плеханов, О.В. Трушина, А.В. Романовская. Учебное пособие Из-во СГМУ, Саратов, 2019. (гриф УМО РАЕ).	10

### Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа 2013 <a href="http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424070.html">http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424070.html</a>
2	Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. М. : ГЭОТАР-Медиа 2007. <a href="http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404416.html">http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404416.html</a>

## 9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
1	<a href="http://www.studmedlib.ru">www.studmedlib.ru</a>
2	<a href="http://www.medi.ru">www.medi.ru</a>
3	<a href="http://Acupuncture.com">Acupuncture.com</a>
4	<a href="http://BioMedNet">BioMedNet</a>
5	<a href="http://MEDSCAPE.com">MEDSCAPE.com</a>
6	<a href="http://Medicine.com">Medicine.com</a>
7	<a href="http://Scientific Journals">Scientific Journals</a>
8	<a href="http://Scientific Journals Intermedizin Notfallmedizin Anaesthesie">Scientific Journals Intermedizin Notfallmedizin Anaesthesie</a>
9	<a href="http://National Library of Medicine">National Library of Medicine</a> и <a href="http://MEDLINE">MEDLINE</a>
10	<a href="http://MedicineNet - State of the Art Medical Information">MedicineNet - State of the Art Medical Information</a>
11	<a href="http://Centers for Disease Control and Prevention">Centers for Disease Control and Prevention</a>
12	<a href="http://The professional's guide to a world of information: Galaxy">The professional's guide to a world of information: Galaxy</a>
13	<a href="http://MedExplorer - Search engine for medicine related information">MedExplorer - Search engine for medicine related information</a>
14	<a href="http://MEDLINEplus">MEDLINEplus</a>
15	<a href="http://PubMed Central">PubMed Central</a> - полнотекстовый архив
16	<a href="http://NLM Gateway">NLM Gateway</a>
17	<a href="http://SCIRUS">SCIRUS</a> - поисковик научной информации
18	<a href="http://www.medlit.ru/medrus/akush.htm">http://www.medlit.ru/medrus/akush.htm</a>
19	<a href="http://www.ncagip.pregnancy.ru">http://www.ncagip.pregnancy.ru</a>
20	<a href="http://krasnykrest.com/obstetricia/page/2/">http://krasnykrest.com/obstetricia/page/2/</a>
21	<a href="http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/index.shtml">http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/index.shtml</a>
22	<a href="http://www.medmir.com/content/category/16/75/57/">http://www.medmir.com/content/category/16/75/57/</a>
23	<a href="http://demoscope.ru/weekly/2003/0123/biblio05.php">http://demoscope.ru/weekly/2003/0123/biblio05.php</a>
24	<a href="http://www.window.edu.ru">http://www.window.edu.ru</a>
25	<a href="http://www.medilink.ucoz.ru">http://www.medilink.ucoz.ru</a>
26	<a href="http://www.feml.scsml.rssi.ru">http://www.feml.scsml.rssi.ru</a>
27	<a href="http://www.studmedlib.ru">http://www.studmedlib.ru</a>
28	<a href="http://www.meduniver.com">http://www.meduniver.com</a>

## 10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Акушерство» представлены в приложении 2.

## 11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

1. Образовательный портал СГМУ: <http://el.sgmu.ru/>
2. Электронная библиотека медицинского ВУЗа «Консультант студента»: [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)
3. Используемое программное обеспечение

<b>Перечень лицензионного программного обеспечения</b>	<b>Реквизиты подтверждающего документа</b>
<b>Microsoft Windows</b>	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252
<b>Microsoft Office</b>	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45015872, 45954400, 45980109, 46033926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057
<b>Kaspersky Endpoint security, Kaspersky anti-Virus</b>	1356-170911-025516-107-524

## 12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Акушерство» представлено в приложении 3.

## 13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Акушерство» представлены в приложении 4.

## 14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Учебно-методические материалы, необходимые для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Акушерство»:

- Конспекты лекций по дисциплине
- Методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине
- Оценочные материалы для проведения текущего контроля по дисциплине

**Разработчики:**

**Заведующий кафедрой**

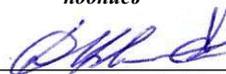
*занимаемая должность*

**Доцент**

*занимаемая должность*



*подпись*



*подпись*

**Н.Ф. Хворостухина**

*инициалы, фамилия*

**Д.А. Новичков**

*инициалы, фамилия*

**Лист регистрации изменений в рабочую программу**

Учебный год	Дата и номер извещения об изменении	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего изменения
20__-20__				
20__-20__				
20__-20__				
20__-20__				



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
**«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
**«Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России)

## **КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

### **УТВЕРЖДАЮ**

Заведующий кафедрой акушерства и  
гинекологии педиатрического факультета  
Н.Ф. Хворостухина  
« 09 » 04 2021 г.

## **КОНСПЕКТЫ ЛЕКЦИЙ**

Дисциплина	<u>АКУШЕРСТВО</u>		
Специальность	<u>31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ</u>		
Форма обучения	<u>ОЧНАЯ</u>		
Курс	<u>3</u>	Семестр	<u>5,6</u>

**Составители: д.м.н., профессор Н.Ф. Хворостухина  
к.м.н., доцент Д.А. Новичков**

Одобрены на заседании учебно-методической конференции кафедры  
протокол от «\_09\_» \_04\_ 2021 г. № \_4\_ .

## Лекция №1

**Тема: Изменения в организме беременной женщины. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам.**

**Место проведения:** аудитория ПЦ ГУЗ «СГКБ №8»

**Продолжительность лекции:** 2 часа

**Вид лекции:** мультимедийная презентация

**Цель:** ознакомление обучающегося с изменениями, происходящими в организме беременной женщины

В результате занятия

**студент должен знать:** основные физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины

**студент должен уметь:** правильно ориентироваться в тактике ведения беременности и родов на основе изучения принципов диагностики беременности и ее сроков

**Оснащение:** ноутбук DEXP AGILION 0108, Мультимедийный проектор ViewSonic

### Хронокарта основных этапов занятия

<i>№</i>	<i>Этапы</i>	<i>Содержание учебного материала</i>	<i>Время</i>
1.	<b>Вводная часть (вступление)</b>	Приветствие. Проверка присутствующих на занятии. Оценка внешнего вида. Формулировка темы, цели, задач лекции, мотивация обучения.	2 - 5 мин
2	<b>Основная часть</b>	Изложение содержания лекции в строгом соответствии с предложенным планом. Включает раскрывающий тему лекции концептуальный и фактический материал, его анализ и оценку, различные способы аргументации и доказательства выдвигаемых теоретических положений. Определяется видом лекции	80 - 85 мин
3	<b>Заключительная часть</b>	Подведение общего итога лекции, повторение основных положений лекции, обобщение материала, формулировка выводов по теме лекции; ответы на вопросы студентов. Задания для самоподготовки. Основная и дополнительная литература	3 - 5 мин
	<b>Итого</b>	90 мин	

### План лекции:

- 1. Физиологические изменения в 1 триместре беременности**
- 2. Физиологические изменения во 2 триместре беременности**
- 3. Физиологические изменения в 3 триместре беременности**
- 4. Диагностика беременности**

### Конспект лекции:

Изменения, происходящие в организме женщины в период беременности, генетически запрограммированы несут физиологический адаптационный характер. Спектр этих изменений, затрагивающий все системы организма, обусловлен необходимостью поддержания жизнедеятельности [увеличение объема циркулирующей крови (ОЦК), обеспечение питательными веществами и кислородом, выведение продуктов обмена] и защиты плода, а степень выраженности — гестационным возрастом и количеством плодов, индивидуальными резервными возможностями матери.

## **ОБРАЗОВАНИЕ В ЯИЧНИКЕ ЖЁЛТОГО ТЕЛА БЕРЕМЕННОСТИ**

*Цель:* торможение фолликулогенеза, обеспечение процессов имплантации, эмбриогенеза и органогенеза, сохранение беременности в I триместре.

*Основной механизм:* секреция хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) тканями плодного яйца препятствует регрессии жёлтого тела и индуцирует повышение секреции прогестерона, эстрогенов, релаксина. Прогестерон блокирует выработку гонадотропинов, обеспечивает секреторные превращения эндометрия, способствует снижению тонуса матки (в ранние сроки беременности совместно с релаксином).

Функциональное состояние матки во время беременности

*Цель:* обеспечение адекватного кровоснабжения растущего плода в период беременности, удержание и сохранение плодного яйца в полости матки.

Сократительная активность матки запрограммированно растёт по мере увеличения срока беременности и достигает максимума к концу III триместра.

Формирование маточноплацентарного комплекса

*Цель:* создание органа, призванного обеспечить потребности плода и контроль деятельности всех систем материнского организма.

*Основной механизм:* развитие сосудистой сети ворсин хориона, становление плодовоплацентарного кровотока, формирование основных структур плаценты.

## **ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА**

*Цель:* обеспечение высшей нервной и вегетативной регуляции адаптационных процессов в организме матери.

*Основной механизм:* плодное яйцо вызывает раздражение интерорецепторов матки, при этом возникает постоянный источник афферентной импульсации. В I триместре беременности отмечают повышение возбудимости коры головного мозга, что приводит к повышению рефлекторной возбудимости подкорковых центров и спинного мозга. Во II триместре беременности возбудимость коры и подкорковых центров практически одинакова, а в III триместре беременности возбудимость коры головного мозга возрастает, оставаясь на достигнутом уровне до 38–39 нед беременности. За 1–1,5 нед до родов возбудимость коры вновь снижается.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА** Гипофиз и гипоталамус

### **Секреция АКТГ**

*Цель:* поддержание адекватной функции коры надпочечников.

*Степень выраженности:* уровень кортизола в III триместре беременности по сравнению с исходным повышен в 2–3 раза.

### **Синтез и секреция гормона роста**

*Цель:* поддержание адекватной функции плаценты, обеспечение пролиферативных процессов в тканях материнского организма.

### **Секреция ТТГ**

*Цель:* поддержание адекватной функции щитовидной железы. Щитовидная железа

### **Увеличение секреции тиреоидных гормонов**

*Цель:* поддержание адекватного уровня основного обмена.

### **Увеличение секреции кальцитонина**

*Цель:* предотвращение резорбции кости и повышение содержания кальция в плазме крови. Надпочечники

### **Повышение секреции кортизола**

*Цель:* активация обмена веществ, увеличение содержания холестерина и липопротеидов низкой плотности.

#### **Повышение уровня минералокортикоидов**

*Цель:* физиологическая гиперволемиа, противодействие натрийуретическому эффекту прогестерона. Сердечнососудистая система Увеличение объёма циркулирующей крови

*Цель:* физиологическая гиперволемиа, поддержание оптимальных условий микроциркуляции в плаценте (формирование «третьего» круга кровообращения) и жизненно важных органах матери (сердце, мозг, печень, почки), на фоне увеличения количества форменных элементов крови и роста коагуляционного потенциала, подготовка к родовой кровопотере.

Увеличение сердечного выброса

*Цель:* компенсация хронической перегрузки сердца объёмом, поддержание оптимального кровоснабжения плода и материнских тканей, подготовка к родовым схваткам.

Изменение уровня артериального давления

*Цель:* обеспечение адекватного ангиогенеза и поддержание оптимального кровообращения в организме плода, матке, плаценте, органах и тканях матери на протяжении периода гестации.

Изменение положения сердца в грудной клетке

*Цель:* неясна.

*Основной механизм:* смещение органа беременной маткой.

#### **ОРГАНЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ**

Увеличение общей массы крови

*Цель:* обеспечение повышенной потребности матери и плода в форменных элементах крови, поддержание оптимальных условий микроциркуляции в плаценте (формирование «третьего» круга кровообращения) и жизненно важных органах матери (сердце, мозг, печень, почки) на фоне увеличения объёма циркулирующей плазмы, подготовка к предстоящей родовой кровопотере. Увеличение числа эритроцитов и количества гемоглобина

*Цель:* обеспечение повышенной потребности матери и плода в кислороде, частичное участие в обеспечении транспорта эстрогенов, подготовка к предстоящей родовой кровопотере.

#### **ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

*Цель:* обеспечение повышенной потребности матери и плода в кислороде.

#### **МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

*Цель:* обеспечение выделения шлаков, сохранения уровня канальцевой реабсорбции и выделения электролитов с мочой в условиях повышенной нагрузки жидкостью.

*Основной механизм:* увеличение почечного кровотока и клубочковой фильтрации, повышение клиренса креатинина, мочевины и мочевой кислоты.

#### **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Снижение тонуса гладкой мускулатуры внутренних органов

*Цель:* снижение скорости прохождения пищи по кишечнику, повышение всасывания жидкости из толстой кишки.

*Основной механизм:* повышение концентрации прогестерона.

#### **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ПЛОДА**

##### **ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ**

Изменение свойств цервикальной слизи

*Цель:* механическая и иммунологическая защита полости матки, плаценты и плода от восходящего инфицирования и контакта с потенциально повреждающими агентами внешней среды.

Сохранение постоянства биоценоза влагалища

*Цель:* поддержание кислой среды влагалища, снижение бактериальной контаминации вследствие контакта внешней средой.

Образование околоплодных вод

*Цель:* создание специфической биофизической среды, обеспечивающей механическую защиту плода, препятствие возникновению внешних травм и инфекции.

Секреция хорионического гонадотропина

*Цель:* индукция иммунологической толерантности матери.

#### **ИММУННАЯ СИСТЕМА**

Угнетение клеточного иммунитета

*Цель:* предупреждение отторжения плодного яйца

## **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.**

Повышение функции печени

*Цель:* обезвреживание продуктов жизнедеятельности матери и плода.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ**

При клиническом обследовании беременной женщины или роженицы используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее соматическое и специальное акушерское обследование.

### **ОПРОС**

Основная цель опроса заключается в определении факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и развитие плода.

### **ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Обследование беременной проводят акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости — эндокринолог, уролог, хирург, кардиолог. При наличии показаний проводят медико-генетическое консультирование.

Первичный осмотр беременной терапевтом и другими специалистами без ознакомления с выпиской из амбулаторной карты недопустим. Он возможен только в тех случаях, когда женщина не имеет амбулаторной карты по месту жительства.

### **АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**Специальное акушерское обследование** включает три основных раздела:

- наружное акушерское исследование;
- внутреннее акушерское исследование;
- дополнительные методы исследования.

**Наружное акушерское исследование** включает: осмотр, пельвиометрию, а после 20 недельного срока и измерение наибольшей окружности живота, пальпацию живота и лонного сочленения, аускультацию сердечных тонов плода.

**Внутреннее акушерское исследование** включает: осмотр наружных половых органов, исследование шейки матки при помощи зеркал, влагалищное исследование.

Наружное акушерское исследование

## **«ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

В настоящее время «золотым стандартом» диагностики беременности любой локализации считают сочетание двух методов:

- определения b-субъединицы ХГЧ;
- УЗИ с использованием трансвагинального датчика.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

В современных условиях определение характерных клинических признаков беременности носит вспомогательный характер и является основанием для назначения «золотого стандарта» диагностики беременности. По диагностической ценности характерные признаки беременности могут быть разделены на три группы:

- сомнительные (предположительные) – связаны с субъективными ощущениями беременной и соматическими изменениями в ее организме;
- вероятные – признаки, определяемые при объективном исследовании органов репродуктивной системы, и положительные иммунологические тесты на беременность;
- достоверные (несомненные) – объективные признаки, связанные с наличием самого плода (определяются во второй половине беременности).

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ДАТЫ РОДОВ**

Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных, по результатам объективного обследования:

- **По дате последней менструации.** О сроке беременности можно судить на основании учета времени, прошедшего с первого дня последней менструации до момента, когда определяется срок (при условии регулярного менструального цикла). Для вычисления срока родов нужно от даты последней менструации отнять 3 месяца и прибавить 7 дней (правило Негеле).

· **По овуляции.** При известной дате зачатия для вычисления срока родов нужно отнять 3 месяца и отнять 7 дней (модификация правила Негеле) или прибавить 266 дней (38 недель). Кроме того, условно дату зачатия можно определить по подъему базальной температуры, по дате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) или искусственного осеменения, по данным ультразвукового

мониторинга овуляции.

· **По первой явке в женскую консультацию.** Учитывают данные анамнеза и осмотра при первом осмотре беременной.

· **По дате первого шевеления.** При определении срока беременности и родов учитывают время первого шевеления плода, которое ощущается первородящими с 20й недели беременности, повторнородящими — примерно на 2 нед раньше. Однако это ощущение субъективно и его значение ограничено.

Для определения срока родов у первородящих к дате первого шевеления плода (20 нед) прибавляют 20 нед, у повторнородящих – к дате первого шевеления (18 нед) прибавляют 22 нед.

Для быстрого подсчёта срока беременности и родов по дате последней менструации и по первому шевелению плода выпускают специальные акушерские календари — гравидометры.

· **По данным УЗИ, проведённых в разные сроки беременности.**

### **Рекомендованная литература**

#### *Основная литература*

Айламазян Э.К. и др. Акушерство: учебник.- СПб.: СпецЛит., 2003г.

Акушерство: учебник под ред. Савельевой.- М.: Медицина, 2000г.Бодяжина В.И. и др.

Акушерство:

учебник. – М.: Медицина, 1986г.

Бодяжина В.И. и др. Акушерство: учебник. – М.: Медицина, 1979г.

#### *Дополнительная литература*

Акушерство / Дуда В.И ., Дуда Вл. И., Дуда И.В. — М.: Высш. шк., 2004. — 639 с. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова, Л.Д.Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000.

Составитель: \_\_\_\_\_ /Д.А. Новичков/

**САРАТОВ**

## Лекция № 2

### Тема: АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

**Место проведения:** аудитория ПЦ ГУЗ «СГКБ №8»

**Продолжительность лекции:** 2 часа

**Вид лекции:** мультимедийная презентация

**Цель:** ознакомление обучающегося с наиболее опасными осложнениями беременности и родов

В результате занятия

**студент должен знать:** протокол оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях

**студент должен уметь:** правильно оказывать экстренную помощь у беременной/роженницы/родильницы с кровотечением

**Оснащение:** ноутбук DEXP AGILION 0108, Мультимедийный проектор ViewSonic

#### Хронокарта основных этапов занятия

<i>№</i>	<i>Этапы</i>	<i>Содержание учебного материала</i>	<i>Время</i>
1.	<b>Вводная часть (вступление)</b>	Приветствие. Проверка присутствующих на занятии. Оценка внешнего вида. Формулировка темы, цели, задач лекции, мотивация обучения.	2 - 5 мин
2	<b>Основная часть</b>	Изложение содержания лекции в строгом соответствии с предложенным планом. Включает раскрывающий тему лекции концептуальный и фактический материал, его анализ и оценку, различные способы аргументации и доказательства выдвигаемых теоретических положений. Определяется видом лекции	80 - 85 мин
3	<b>Заключительная часть</b>	Подведение общего итога лекции, повторение основных положений лекции, обобщение материала, формулировка выводов по теме лекции; ответы на вопросы студентов. Задания для самоподготовки. Основная и дополнительная литература	3 - 5 мин
	<b>Итого</b>	90 мин	

#### План лекции:

1. Понятие
2. Классификация
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
4. Профилактика

## Конспект лекции:

**Кровотечение** — наиболее опасное осложнение послеродового периода. Кровопотерю, составляющую 0,5% массы тела и более (300–400 мл) считают патологической, а 1% массы тела и более (1000 мл), — массивной.

Причины кровотечения в третьем периоде родов:

- нарушение отделения плаценты и выделения последа (частичное плотное прикрепление или приращение плаценты, ущемление отделившегося последа в матке);
- травмы мягких тканей родовых путей;
- наследственные и приобретённые дефекты гемостаза.

### **НАРУШЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА**

Плотное прикрепление — прикрепление плаценты в базальном слое слизистой оболочки матки.

Приращение плаценты;— врастание плаценты в мышечный слой матки.

Нарушение отделения плаценты возможно в следующих случаях:

- патологическое прикрепление плаценты;
- гипотония матки;
- аномалии, особенности строения и прикрепления плаценты к стенке матки.

К патологическому прикреплению плаценты относят:

- плотное прикрепление плаценты (*placenta adhaerens*);
- приращение плаценты к мышечному слою (*placenta accreta*);
- врастание плаценты в мышечный слой (*placenta increta*);
- прорастание плаценты (*placenta percreta*).

Патологическое прикрепление плаценты может наблюдаться на всём протяжении (полное) или в одном месте (неполное).

### **СИНОНИМЫ**

В зарубежной литературе термин «*placenta adhaerens*» не используют. Термин «*placenta accreta*» объединяет в себе «*placenta increta et percreta*».

### **КОД ПО МКБ-10**

O72 Послеродовое кровотечение.

O72.0 Кровотечение в третьем периоде родов. Кровотечение, связанное с задержкой, приращением или ущемлением плаценты .

O73.0 Задержка плаценты без кровотечения (приращение плаценты без кровотечения).

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде составляет 5–8%.

### **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

В норме плацента формируется в функциональном слое слизистой оболочки, который трансформируется в децидуальный. Отделение плаценты от стенки матки в третьем периоде родов происходит на уровне губчатого слоя децидуальной оболочки.

При воспалительных заболеваниях или дистрофических изменениях эндометрия губчатый слой подвергается рубцовому перерождению, вследствие чего самостоятельное отделение ткани вместе с плацентой в третьем периоде родов невозможно. Указанное состояние называют плотным прикреплением. При атрофии функционального и базального слоя слизистой оболочки (слой Нитабух — зона эмбриональной дегенерации) один или несколько котиледонов формирующейся плаценты доходят до мышечного слоя или прорастают в него (истинное врастание).

К патологическому прикреплению плаценты приводят либо изменения слизистой матки, либо особенности хориона. К изменениям слизистой матки, способствующим нарушению формирования трофобласта, приводят следующие заболевания:

- неспецифические и специфические воспалительные поражения эндометрия (хламидиоз, гонорея, туберкулёз и т.д.);
- чрезмерное выскабливание во время удаления плодного яйца или диагностических манипуляций;
- послеоперационные рубцы на матке (КС и миомэктомия).

Нарушению прикрепления или врастания трофобласта способствует также повышение протеолитической активности ворсин хориона.

Одна из причин нарушения отделения плаценты и выделения последа — гипотония матки. При гипотонии матки последовые схватки слабые или отсутствуют длительное время после рождения плода. Происходит нарушение отделения плаценты от стенки матки и выделения последа, затяжное течение последового периода.

Аномалии, особенности строения и прикрепления плаценты к стенке матки часто способствуют нарушению отделения и выделения последа. Для отделения плаценты имеет значение площадь соприкосновения с поверхностью матки. При большой площади прикрепления, относительно тонкой или кожистой плаценте (*placenta membranacea*), незначительная толщина последа препятствует физиологическому отделению от стенок матки. Плаценты, имеющие форму лопастей, состоящие из двух долей, имеющие добавочные дольки, отделяются от стенок матки с затруднениями, особенно при гипотонии матки.

Нарушение отделения плаценты и выделения последа может быть обусловлено местом прикрепления плаценты: в нижнем маточном сегменте (при низком расположении и предлежании), в углу или на боковых стенках матки, на перегородке, над миоматозным узлом. В указанных местах мускулатура неполноценна и не может развить силы сокращений, необходимой для отделения плаценты.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Клиническая картина нарушения отделения плаценты и выделения последа зависит от наличия участков отделившейся плаценты. Если плацента не отделяется на всём протяжении (полное патологическое прикрепление), клинически определяют отсутствие признаков отделения плаценты и отсутствие кровотечения.

Чаще наблюдают частичное отделение плаценты (неполное прикрепление), когда тот или иной участок отделяется от стенки, а остальная часть остаётся прикреплённой к матке. В указанной ситуации сокращение мышц на уровне отделившейся плаценты недостаточно для того, чтобы пережать сосуды и остановить кровотечение из плацентарной площадки. Основные симптомы при частичном отделении плаценты;— отсутствие признаков отделения плаценты и кровотечения.

Кровотечение из плацентарной площадки возникает через несколько минут после рождения ребёнка. Кровь жидкая, с примесью сгустков различной величины, вытекает толчками, неравномерно. Задержка крови в матке и во влагалище нередко создаёт ложное представление об отсутствии кровотечения, вследствие чего мероприятия, направленные на диагностику кровотечения, могут запаздывать. Иногда кровь скапливается в полости матки и во влагалище, а затем выделяется сгустками после наружного определения признаков отделения плаценты. При наружном исследовании признаки отделения последа отсутствуют. Дно матки находится на уровне пупка или выше, отклонено вправо. Общее состояние роженицы зависит от степени кровопотери и быстро меняется. При отсутствии своевременной помощи возникает геморрагический шок.

Клиническая картина нарушения выделения последа такая же, как при нарушении отделения плаценты от стенки матки (кровотечение).

### **ДИАГНОСТИКА**

Точно определить вариант патологического прикрепления плаценты можно при целенаправленном УЗИ и ручном отделении плаценты. При УЗИ для врастания плаценты характерно следующее:

- расстояние между серозной оболочкой матки и ретроплацентарными сосудами менее 1 см;
- наличие большого количества интраплацентарных гиперэхогенных включений или кист;

Наиболее достоверные данные можно получить при использовании трёхмерного ДЦК.

При ручном отделении плаценты при плотном её прикреплении (*placenta adhaerens*), как правило, можно рукой удалить все доли плаценты. При истинном врастании ворсин хориона невозможно отделить плаценту от стенки без нарушения её целостности.

Нередко истинное вращение плаценты устанавливают только при гистологическом исследовании матки, удалённой в связи с предполагаемой гипотонией и массивным кровотечением в послеродовом периоде.

## **СКРИНИНГ**

УЗИ пациенток с отягощённым акушерским анамнезом.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактика патологического прикрепления плаценты состоит в снижении частоты аборт, воспалительных заболеваний, приводящих к дистрофическим изменениям слизистой матки.

## **ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ**

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Кровотечение из разрывов мягких тканей родовых путей бывает выраженным при повреждении сосудов. Разрывы шейки матки сопровождаются кровотечением при повреждении нисходящей ветви маточных артерий (при боковых разрывах шейки). При низком прикреплении плаценты и выраженной васкуляризации тканей нижнего сегмента матки даже небольшие травмы шейки могут приводить к массивному кровотечению.

При разрывах влагалища кровотечение возникает при повреждении варикозно расширенных вен, *a. vaginalis* или её ветвей. Кровотечение возможно при высоких разрывах с вовлечением сводов и основания широких маточных связок, иногда с повреждением *a. uterinae*. При разрывах промежности кровотечение возникает при повреждении ветви *a. pudenda*. Разрывы в области клитора, где развита сеть венозных сосудов, также сопровождаются сильным кровотечением.

### **ДИАГНОСТИКА**

Диагностика кровотечения из разрывов мягких тканей не представляет затруднений за исключением повреждений глубоких ветвей *a. vaginalis* (кровотечение может симулировать маточное).

Дифференциальная диагностика

При дифференциальной диагностике учитывают следующие признаки кровотечения из разрывов мягких тканей:

- кровотечение возникает сразу после рождения ребёнка;
- несмотря на кровотечение, матка плотная, хорошо сократившаяся;
- кровь не успевает свернуться и вытекает из половых путей жидкой струйкой яркого цвета.

Особенность кровотечения при дефектах гемостаза — отсутствие сгустков в крови, вытекающей из половых путей.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечебные мероприятия при осложнениях третьего периода родов:

- отделение плаценты и выделение последа;
- ушивание разрывов мягких тканей родовых путей;
- нормализация дефектов гемостаза.

Последовательность мероприятий при задержке отделения плаценты и отсутствии кровяных выделений из половых органов.

- 1) Катетеризация мочевого пузыря (нередко вызывает усиление сокращений матки и отделение плаценты).
- 2) Пункция или катетеризация локтевой вены, внутривенное введение кристаллоидов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери.
- 3) Введение утеротонических препаратов через 15 мин после изгнания плода (окситоцин внутривенно капельно 5 ЕД в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или по 0,5 мл внутримышечно через 15 мин 2 раза) для усиления сокращений матки.
- 4) При появлении признаков отделения плаценты;— выделение последа одним из принятых способов (Абуладзе, Гентера, Креде–Лазаревича).
- 5) При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 20–30 мин на фоне введения сокращающих средств производят ручное отделение плаценты и выделение последа. Если во время родов применяли эпидуральную анестезию, ручное отделение плаценты и выделение последа производят до окончания действия анестетика. Если в родах обезболивание не применяли,

указанную операцию осуществляют на фоне внутривенного введения обезболивающих средств (пропофол).

После удаления последа матка обычно сокращается, плотно обхватывая руку. Если тонус матки не восстанавливается, дополнительно вводят утеротонические препараты, производят наружно-внутренний массаж матки на кулаке. После сокращения матки руку выводят.

б) При подозрении на истинное приращение плаценты необходимо прекратить попытку отделения во избежание массивного кровотечения и прободения матки. После лапаротомии производят перевязку внутренних подвздошных артерий. При наличии ангиографической установки производят эмболизацию сосудов матки (наиболее приемлемый метод при диагностике приращения плаценты во время беременности). В указанной ситуации возможна катетеризация сосудов матки, после извлечения ребёнка — эмболизация. При перевязке внутренних подвздошных артерий и эмболизации сосудов возникают условия для иссечения участка матки вместе с вросшим участком плаценты и ушивания дефекта. При неэффективности производят ампутацию или экстирпацию матки.

Последовательность пособий при кровотечении в третьем периоде родов.

1) Катетеризация мочевого пузыря. Пункция или катетеризация локтевой вены с подключением внутривенных инфузий.

2) Определение признаков отделения плаценты (Шредера, Кюстнера–Чукалова, Альфельда).

3) При положительных признаках отделения плаценты выделяют послед по Креде-Лазаревичу.

4) При отсутствии признаков отделения последа следует применить прием Креде-Лазаревича, первоначально без обезболивания, а при отсутствии эффекта — с применением наркоза, так как нельзя исключить ущемление последа в одном из маточных углов или в области нижнего сегмента. При использовании обезболивания устраняется спазм циркулярной мускулатуры и создается возможность выделить отделившийся послед.

5) При отсутствии эффекта от наружных методов выделения последа необходимо произвести ручное отделение плаценты и выделение последа. В по-слеоперационном периоде необходимо ввести утеротонические препараты и время от времени производить наружный массаж матки и выжимание из нее сгустков.

Кровотечение вследствие разрывов шейки матки, клитора, промежности и влагалища останавливают путём немедленного зашивания и восстановления целостности тканей. На разрывы мягких родовых путей швы накладывают после выделения последа. Исключение составляют разрывы клитора, восстановление целостности которого возможно сразу после рождения ребенка. Видимое кровотечение из сосудов раны промежности после эпизиотомии останавливают наложением зажимов, а после удаления последа из матки — ушиванием. Проводят нормализацию гемостаза (см. раздел «Геморрагический шок»).

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Рациональное ведение родов; использование регионарного обезболивания.

## **КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Кровотечение в течение 2 ч после родов возникает по следующим причинам:

- задержка частей последа в полости матки;
- гипотония и атония матки;
- разрыв матки и мягких тканей родовых путей;
- наследственные или приобретённые дефекты гемостаза.

За рубежом для определения этиологии кровотечения предлагают схему «4 Т»:

- «Тонус» — снижение тонуса матки;
- «Ткань» — наличие остатков плаценты в матке;
- «Травма» — разрывы мягких родовых путей и матки;
- «Тромбы» — нарушение гемостаза.

## **КОД ПО МКБ-10**

O72 Послеродовое кровотечение.

О72.1 Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде. Кровотечение после рождения плаценты. Послеродовое кровотечение (атоническое).

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Частота кровотечения в раннем послеродовом периоде составляет 2–5% от общего количества родов.

### **СКРИНИНГ**

Выявление беременных, входящих в группу риска по кровотечению.

### **ПРОФИЛАКТИКА**

- Бережное и правильное ведение третьего периода родов. Исключение необоснованных потягиваний за пуповину и пальпации матки.
- Пациенткам, входившим в группу риска по кровотечению, обусловленному гипотонией матки, в конце второго периода внутривенно вводят окситоцин.
- При наследственных и врождённых дефектах гемостаза план ведения родов намечают совместно с гематологами. Лечебные мероприятия заключаются во введении свежзамороженной плазмы и глюкокортикоидов.

### **ЗАДЕРЖКА ЧАСТЕЙ ПОСЛЕДА В ПОЛОСТИ МАТКИ**

Задержка частей последа в полости матки препятствует нормальному сокращению и пережатию маточных сосудов. Причиной задержки частей плаценты в матке может стать частичное плотное прикрепление или приращение долек последа. Задержка оболочек чаще всего связана с неправильным ведением послеродового периода, в частности с чрезмерным форсированием рождения последа. Задержку оболочек также наблюдают при их внутриутробном инфицировании, когда легко нарушить их целостность.

Определить задержку частей последа в матке после его рождения не составляет труда. При осмотре последа выявляют дефект тканей плаценты, отсутствие оболочек, рваные оболочки.

Нахождение частей последа в матке может привести к инфицированию или кровотечению как в раннем, так и в позднем послеродовом периоде. Иногда массивное кровотечение возникает после выписки из родильного дома на 8–21-е сутки послеродового периода (позднее послеродовое кровотечение). Выявление дефекта последа (плаценты и оболочек), даже при отсутствии кровотечения — показание к ручному обследованию и опорожнению полости матки.

### **ГИПОТОНИЯ И АТОНИЯ МАТКИ**

**Гипотония матки** — состояние, при котором резко снижены тонус и сократительная способность матки на фоне сохранённого рефлекторного ответа.

**Атония матки** — состояние, при котором резко снижены тонус и сократительная способность матки на фоне паралича нервно-мышечного аппарата матки.

### **ЭТИОЛОГИЯ**

В раннем послеродовом периоде массивное кровотечение обычно вызвано нарушением гемостаза, обусловленным врождённой или приобретённой патологией, протекающей по типу ДВС-синдрома. При развитии ДВС-синдрома продукты деградации фибрина и фибриногена блокируют рецепторы, ответственные за образование актомиозина, что вызывает массивное кровотечение (объёмная скорость кровотока в маточных артериях при доношенной беременности составляет 600–800 мл/мин).

Факторы риска гипотонии матки следующие:

- юные первородящие (возраст 18 лет и менее);
- патология матки:

Спороки развития;

Смиома;

Срубцы после оперативных вмешательств (миомэктомия, КС);

Сдистрофические изменения мышц (многочисленные роды, эндометриты);

Сперерастяжение тканей во время беременности (многоплодие, многоводие, крупный плод);

- осложнения беременности (длительная угроза прерывания);
- нарушения родовой деятельности:

Сслабость родовой деятельности с длительной активацией окситоцином;

Сбурная родовая деятельность;

- предлежание или низкое расположение плаценты;
- ДВС-синдром на фоне шока любого генеза (анафилактический, синдром Мендельсона, эмболия ОВ);
- наличие экстрагенитальной патологии и осложнений беременности, связанных с нарушением гемостаза (сердечно-сосудистые заболевания, эндокринопатии, хроническая венозная недостаточность, гестозы и т.д.);
- ПОН при экстрагенитальной патологии и осложнениях беременности, массивной кровопотере. Способствует формированию «шоковой матки» (гипотония или атония матки).

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основные симптомы гипотонии и атонии матки:

- кровотечение;
- снижение тонуса матки;
- клиническая картина геморрагического шока.

Кровь при гипотонии вначале выделяется со сгустками, как правило, после наружного массажа матки. Матка дряблая, верхняя граница может доходить до пупка и выше. Тонус может восстановиться после наружного массажа, затем вновь снизиться, кровотечение возобновляется. Кровь может вытекать струёй. При отсутствии своевременной помощи кровь теряет способность к свёртыванию. В соответствии с величиной кровопотери возникают симптомы геморрагического шока (бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония).

При атонии матки кровотечение непрерывное и обильное, контуры матки не определяются. Симптомы геморрагического шока быстро прогрессируют.

### ДИАГНОСТИКА

Диагностика гипотонического кровотечения не вызывает трудностей. Диф-ференциальный диагноз следует проводить с травмой матки и половых путей.

### ЛЕЧЕНИЕ

Мероприятия по остановке кровотечения при гипотонии следует проводить своевременно с обязательным подсчётом кровопотери (табл. 1).

**Таблица 1.** Очерёдность мероприятий при маточном кровотечении в раннем послеродовом периоде

Очередность	1-я очередь.Окситоцин	2-я очередь.Метилэргометрин	3-я очередь.ПГ
Начальная доза и способ введения	10 ЕД внутримышечно или 5 ЕД внутривенно медленно	0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно	Динопростон 0,25 мг внутримышечно, возможно в шейку матки. Мизопростол 800–1000 мкг <i>per rectum</i> однократно
Повторные дозы (при отсутствии кровотечения)	20 ЕД внутривенно капельно в 1 л раствора со скоростью 60/мин	0,2 мг внутримышечно каждые 15 мин (при необходимости — 0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно каждые 4 ч	0,25 мг каждые 15 мин
Максимальная доза	Не более 3 л жидкости, содержащей окситоцин	5 доз (1,0 мг)	8 доз (2 мг)
Противопоказания, предупреждения	—	Преэклампсия, АГ, болезни сердца	Нельзя вводить внутривенно. Глаукома, АГ

На начальных этапах кровотечения обязательна катетеризация вены, чаще кубитальной, и инфузионная терапия. В последующем катетер вводится либо в подключичную, либо в яремную вену.

Мероприятия определяются величиной кровопотери. При кровопотере в пределах 300–400 мл производят наружный массаж матки. Одновременно вводят утеротонические препараты (окситоцин, динопрост) (табл. 2). На низ живота кладут пузырь со льдом.

**Таблица 2. Хирургические мероприятия при маточном кровотечении**

Менее 1500 мл	Более 1500 мл
Инъекция ПГ в миометрий (динопростон 0,5 мг)	
Ишемизация матки путём наложения зажимов или лигатур на сосудистые пучки (маточные и яичниковые артерии)	Перевязка внутренних подвздошных артерий
Гемостатические компрессионные швы на матку	
Перевязка внутренних подвздошных артерий	

При кровопотере более 400 мл под наркозом производится ручное обследование матки.

В процессе оказания помощи по остановке кровотечения можно прижать брюшную аорту к позвоночнику через переднюю брюшную стенку. При этом уменьшается приток крови к матке.

В последующем проверяют тонус матки наружными методами и продолжают внутривенно вводить утеротоники.

При продолжающемся кровотечении объёмом 1000 мл и более, выраженной реакции женщины на меньшую кровопотерю необходимо оперативное лечение. Нельзя рассчитывать на повторное введение окситоцина, ручное обследование и массаж матки, если данные мероприятия однократно не дали эффекта. Повторение этих методов приводит к увеличению кровопотери и ухудшению состояния роженицы: кровотечение приобретает характер массивного, происходит нарушение гемостаза, возникает геморрагический шок, прогноз для больной становится неблагоприятным.

В качестве промежуточного метода при подготовке к операции можно провести внутриматочную баллонную тампонаду (тампонадный тест). Для тампонады матки используют внутриматочные гемостатические баллоны (рис. 1).

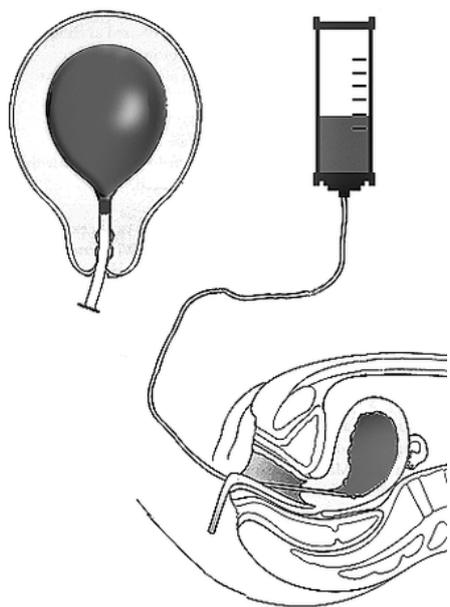


Рис. 1. Баллон для внутриматочной тампонады.

**Алгоритм использования гемостатического внутриматочного баллона**

Введение баллона производят в стерильных условиях. Сначала собирают систему, затем в систему наливают небольшое количество 0,9% раствора натрия хлорида. Нажатием на баллон из системы удаляют воздух. Обнажив шейку матки в зеркалах, под контролем зрения баллон вводят в полость матки, систему заполняют 0,9% раствором натрия хлорида в объёме 200–400 мл. Для обеспечения давления в баллоне резервуар располагают выше уровня баллона. По уровню жидкости в системе можно судить о сокращении матки.

Некоторые модели имеют двухканальный зонд (один используют для заполнения баллона, другой — для оттока крови из полости матки). При одноканальном зонде после введения баллона целесообразно провести УЗИ и убедиться,

что в полости матки не скапливается кровь. При отсутствии кровотечения баллон может быть оставлен в полости матки на несколько часов. Чаще всего в течение 30 мин тонус матки восстанавливается (жидкость в резервуаре поднимается). Чтобы не препятствовать сокращению матки, резервуар необходимо постепенно опустить на уровень баллона, после чего он может быть извлечён из полости матки.

При отсутствии эффекта от применения гемостатического баллона показана лапаротомия. На первом этапе при наличии возможности (наличие сосудистого хирурга) осуществляют перевязку внутренних подвздошных артерий.

При отсутствии условий для перевязки подвздошных артерий возможна перевязка сосудов матки или применение вертикальной компрессии матки с помощью гемостатических швов по методикам В-Lynch, Перейра, Nauman, Cho.

По методике В-Lynch после лапаротомии производят поперечный разрез в нижнем маточном сегменте и дополнительно осуществляя контрольное исследование полости матки. Затем на 3 см ниже разреза и латерального края матки в нижнем сегменте производят вкол в полость матки с выколом на 3 см выше края разреза и на 4 см медиальнее ребра матки. Далее шовную нить (монокрил или другой рассасывающийся шовный материал) перекидывают над дном матки. На задней стенке на уровне крестцовых связок производят вкол и выкол в поперечном направлении. Затем нить возвращают над дном матки обратно на переднюю стенку; вкол на передней стенке делают на 3 см выше, а выкол — на 3 см ниже поперечного разреза. Затем нити натягивают, завязывают узел и ушивают разрез в нижнем маточном сегменте. Эффект от наложения шва продолжается 24–48 ч.

При перерастяжении нижнего сегмента накладывают стягивающие швы.

При продолжающемся кровотечении производят экстирпацию матки. Если есть возможность, вместо перевязки сосудов и удаления матки производят эмболизацию маточных артерий. Весьма целесообразно переливание собственной крови из брюшной полости с помощью аппаратов для реинфузии собственной крови (см. выше).

При разрывах матки или мягких родовых путей производят ушивание, при нарушении гемостаза — коррекцию. Одновременно проводят инфузионно-трансфузионную терапию.

## **ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК**

**Геморрагический шок** развивается вследствие уменьшения ОЦК при кровотечении, что приводит к критическому снижению тканевого кровотока и развитию гипоксии тканей.

### **СИНОНИМЫ**

Гиповолемический геморрагический шок.

### **КОД ПО МКБ-10**

O75.1 Шок во время или после родов и родоразрешения.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

От кровотечений, связанных с родами, в мире ежегодно умирают 125 000 женщин. МС от акушерских кровотечений и геморрагического шока в РФ за 2001–2005 гг. составляет 63–107 на 100 000 живорождённых или 15,8–23,1% в структуре МС.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Основная причина смертности при геморрагическом шоке в акушерстве — недооценка объёма кровопотери, запоздалые и недостаточно энергичные лечебные мероприятия. При акушерских кровотечениях необходимо своевременное оказание квалифицированной помощи.

### **ЭТИОЛОГИЯ**

Причины геморрагического шока в акушерстве — массивные кровотечения во второй половине беременности, во время и после родов (потеря более 1000 мл крови, т.е. <sup>3</sup>15% ОЦК или <sup>3</sup>1,5% массы тела). Угрожающими жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- потеря 100% ОЦК в течение 24 ч или 50% ОЦК за 3 ч;
- кровопотеря со скоростью 150 мл/мин или 1,5 мл/(кг·мин) в течение 20 мин и дольше;
- одномоментная кровопотеря <sup>3</sup>1500–2000 мл (25–35% ОЦК).

Причинами массивных кровотечений во время беременности и родов может стать преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, предлежание плаценты, разрыв матки, оболочечное прикрепление пуповины. Причины массивных кровотечений в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде — гипотония и атония матки, дефекты плаценты, плотное прикрепление и приращение плаценты, травма родовых

путей, выворот матки, нарушение свёртываемости крови. Предложено мнемоническое обозначение причин послеродовых кровотечений — «4 Т»: тонус, ткань, травма, тромбин.

## ПАТОГЕНЕЗ

Кровопотеря <sup>3</sup>15% ОЦК приводит к активации компенсаторных реакций, включающих стимуляцию симпатической нервной системы вследствие рефлексов с барорецепторов синокаротидной зоны и крупных внутригрудных артерий, активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с высвобождением катехоламинов, ангиотензина, вазопрессина, антидиуретического гормона. Данные изменения способствует спазму артериол, повышению тонуса венозных сосудов (увеличению венозного возврата и преднагрузки), увеличению ЧСС и силы сердечных сокращений, уменьшению экскреции натрия и воды в почках. Вследствие того, что гидростатическое давление в капиллярах снижается больше, чем в интерстиции, в период 1–40 ч после кровопотери, происходит медленное перемещение межклеточной жидкости в сосудистое русло (транскапиллярное восполнение). Снижение кровотока в органах и тканях приводит к изменениям КОС артериальной крови — повышению концентрации лактата и увеличению дефицита оснований. С целью поддержания нормального рН при воздействии ацидемии на хеморецептор дыхательного центра ствола головного мозга возрастает минутная вентиляция, ведущая к снижению напряжения углекислого газа в крови.

При кровопотере <sup>3</sup>30% ОЦК происходит декомпенсация в виде артериальной гипотензии — снижения систолического АД менее 90 мм рт.ст. Если состоянию предшествовала АГ, декомпенсацией следует считать уровень 100 мм рт.ст., а при тяжёлом гестозе — даже «нормальные» цифры систолического АД. Продолжение выброса стрессорных гормонов вызывает гликогенолиз, липолиз (умеренная гипергликемия и гипокалиемия). Гипервентиляции недостаточно для обеспечения нормальный рН артериальной крови, вследствие чего развивается ацидоз. Дальнейшее снижение тканевого кровотока ведёт к усилению анаэробного метаболизма с увеличением выделения молочной кислоты. Прогрессирующий метаболический лактоацидоз снижает рН в тканях и блокирует вазоконстрикцию. Происходит расширение артериол, кровь заполняет микроциркуляторное русло. Падает сердечный выброс, возможно повреждение эндотелиальных клеток и развитие ДВС-синдрома.

При кровопотере <sup>3</sup>40% ОЦК и снижении систолического АД <sup>3</sup>50 мм рт.ст. ишемия ЦНС дополнительно стимулирует симпатическую нервную систему, что приводит к формированию так называемого второго плато АД. Без энергичной интенсивной терапии шок переходит в необратимую стадию (распространённое повреждение клеток, ПОН, ухудшение сократимости миокарда вплоть до остановки сердечной деятельности).

После восстановления сердечного выброса и тканевого кровотока возможны более выраженные повреждения органов, чем в период гипотензии. Вследствие активизации нейтрофилов, выделения ими радикалов кислорода, высвобождения медиаторов воспаления из ишемизированных тканей происходит повреждение клеточных мембран, увеличение проницаемости лёгочного эндотелия с развитием острого РДС, мозаичное внутريدольковое повреждение печени с увеличением активности трансаминаз в плазме. Возможен спазм прегломерулярных артериол почек, развитие острого некроза канальцев и ОПН. Вследствие снижения выделения глюкозы печенью, нарушения печёночной выработки кетонов и торможения периферического липолиза происходит нарушение поступления энергетических субстратов к сердцу и мозгу.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Акушерские кровотечения подразделяют на четыре класса в зависимости от величины кровопотери (табл. 3).

**Таблица 3.** Классификация кровотечения и клинические стадии геморрагического шока во время беременности (для беременной массой 60 кг и при объёме циркулирующей крови 6000 мл)

Показатели	Класс кровотечения			
	1	2	3	4
Кровопотеря, мл	1000	1000–1500	1500–2100	2100
% ОЦК*	£15	15–25	25–35	³35
% массы тела	£1,5	1,5–2,5	2,5–3,5	³3,5
ЧСС/мин	N	£100	100–120	120–160
Систолическое АД, мм рт.ст.**	N	³100	80–100	£60–80
Пульсовое давление, мм рт.ст.	³30	£30	£30	Значительно снижено
ШИ***	0,5–0,7	0,85–1,0	1,0–1,5	³1,5
Заполнение капилляров, с	£2	³2	³2	Не определяется
Частота дыхания в минуту	N	³20	30–50	
Диурез	N	Снижен	Олигурия	Анурия
Сознание	N	N	Беспокойство, возбуждение	Заторможенность, сопор
Тяжесть/стадия шока	Нет	Лёгкий/І	Умеренный/ІІ	Тяжёлый/ІІІ

Примечание: \* % массы тела  $\cdot 10 = \% \text{ОЦК}$ , если ОЦК пациентки составляет 1/10 массы тела.

\*\* При исходном АД более 100 мм рт.ст.

\*\*\* Шоковый индекс (ШИ) — ЧСС/систолическое АД.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Изменения гемодинамики, дыхательной системы и газообмена, происходящие к концу беременности, оказывают влияние на диагностику геморрагического шока.

Во время беременности ОЦК и сердечный выброс возрастают на 30–50%. ЦВД и давление заклинивания в легочной артерии существенно не меняются, несмотря на значительное увеличение внутрисосудистого объёма. Это происходит в результате снижения общего периферического сосудистого сопротивления и лёгочного сосудистого сопротивления. Коллоидное онкотическое давление в среднем снижено до 18 мм рт.ст. (на 14%). Риск отёка лёгких при проведении инфузионной терапии высок из-за снижения градиента коллоидное онкотическое давление/давление заклинивания лёгочной артерии.

В системе органов дыхания также происходят изменения. В результате повышения метаболических потребностей матери и плода потребление кислорода возрастает на 20%. Увеличение минутной вентиляции и дыхательного объёма на 40% приводит к компенсированному дыхательному алкалозу со снижением  $p_a\text{CO}_2$  до 27–32 мм рт.ст. Вследствие снижения концентрации бикарбоната в плазме до 18–21 экв/л существенного изменения pH не происходит. Эти изменения необходимо учитывать при интерпретации данных КОС крови у пациентки с шоком.

Для определения величины кровопотери применяют визуальную оценку, использование мерной ёмкости, гравиметрический и кислотно-гематиновый методы.

Определение выраженности геморрагического шока во время беременности и в раннем послеродовом периоде часто затруднено, так как пациентки вследствие увеличения ОЦК и сердечного выброса, молодого возраста и хорошей физической формы способны переносить существенную кровопотерю с минимальными изменениями гемодинамики. Помимо учёта теряемой крови, следует обращать внимание на косвенные признаки гиповолемии.

У пациенток с кровотечением 1 класса (см. классификацию) редко встречается дефицит ОЦК, признаков шока нет.

При кровотечении 2 класса часто присутствуют жалобы на необъяснимое беспокойство, чувство холода, ощущение нехватки воздуха или плохое самочувствие. Отмечают признаки лёгкого или компенсированного геморрагического шока: умеренная тахикардия, тахипноэ. Возможны ортостатические изменения АД, нарушения периферического кровообращения в виде положительного теста заполнения капилляров, пульсовое АД  $\leq 30$  мм рт.ст. Тест заполнения капилляров проводят прижатием ногтевого ложа, возвышения большого пальца в течение 3 с до появления белого окрашивания. В норме после окончания давления розовая окраска восстанавливается менее чем за 2 с.

Кровотечение 3 класса характеризуется проявлениями умеренного геморрагического шока: выраженная гипотензия, тахикардия и тахипноэ. Нарушения периферического кровообращения выражены. Кожные покровы холодные и влажные.

При кровотечении 4 класса пациентка находится в тяжёлом или декомпенсированном геморрагическом шоке: возможно отсутствие пульсации на периферических артериях, АД определить не удаётся, олигурия — диурез  $\leq 0,5$  мл/(кг·ч) — или анурия. В отсутствие адекватной объёмозамещающей инфузионной терапии не исключено развитие циркуляторного коллапса и остановки сердечной деятельности.

## ЛЕЧЕНИЕ

Массивное акушерское кровотечение с геморрагическим шоком — комплексная проблема, требующая координированных действий команды специалистов.

При остановке кровотечения во время беременности показано экстренное родоразрешение и применение утеротоников. При неэффективности переходят к следующим мерам:

- 1) селективная эмболизация маточных артерий (если есть возможность);
- 2) гемостатические швы: «рюкзачный» по В-Lynch, «квадратный» по Cho, «матрасный» по Namann, а также шов, стягивающий нижний маточный сегмент;
- 3) перевязка магистральных сосудов (*a. hypogastrica*) и/или перевязка маточных артерий;
- 4) гистерэктомия.

Для остановки кровотечения после родов следует применять в порядке очередности:

- 1) наружный массаж матки;
- 2) утеротоники;
- 3) ручное обследование матки;
- 4) ушивание разрывов родовых путей.

После ручного обследования возможно применение внутриматочной баллонной тампонады (тампонадный тест). При отсутствии эффекта показано применение всех указанных выше оперативных (включая ангиографический) методов остановки кровотечения.

Резаниационное пособие осуществляют по схеме ABC: дыхательные пути (*airway*), дыхание (*breathing*) и кровообращение (*circulation*). То есть необходимо оценить проходимость

дыхательных путей и адекватность дыхания, применить ингаляцию кислорода или ИВЛ с кислородом и восстановить адекватное кровообращение.

Крайне важно обеспечить периферический или центральный венозный доступ через два или более катетера 14–16G. Также необходимо выполнение катетеризации мочевого пузыря, электрокардиографии, пульсоксиметрии, определение АД, учёт кровопотери.

Основные задачи инфузионной терапии — восстановление и поддержание следующих показателей:

- ОЦК;
- транспорта кислорода и оксигенации тканей;
- системы гемостаза;
- температуры тела;
- КОС и электролитного баланса.

При кровопотере до 30% ОЦК (кровотечение 1–2 класса) и остановленном кровотечении проводят возмещение кристаллоидами в 3-кратном объёме по отношению к кровопотере. Если кровотечение продолжается или кровопотеря составляет 30% ОЦК и более (кровотечение 3–4 класса), требуется сочетание кристаллоидов и коллоидов, в качестве последних предпочтительны 6% гидроксипропилкрахмал или 4% модифицированный желатин. Для первоначального возмещения ОЦК при кровотечении 3–4 класса с кровопотерей 30–40% ОЦК применяют инфузию 2 л кристаллоидов и 1–2 л коллоидов (табл. 4).

**Таблица 4.** Первоначальная инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении (масса тела 60 кг, объём циркулирующей крови 6000 мл)

Кровопотеря, мл	до 1000	1000–1500	1500–2100	2100 и более
Кровопотеря, % ОЦК	до 15	15–25	25–35	35 и более
Кровопотеря, % массы тела	до 1,5	1,5–2,5	2,5–3,5	3,5 и более
Кристаллоиды, мл	Объём кровопотери ×2	2000	2000	2000
Коллоиды (6% гидроксипропилкрахмал 130/0,4 или 4% модифицированный желатин), мл	–	500–1000	1000–1500	2000
Свежезамороженная плазма, мл/кг	–	–	12–15	12–15 и более
Эритроцитарная масса, мл	–	–	250–500 при Нв £60–70 г/л	500 и более
При исходном нарушении гемостаза — терапия, направленная на устранение причины				

#### Мониторинг инфузионной терапии

Первоначальное возмещение ОЦК проводят со скоростью 2–3 л за 5–15 мин под контролем ЭКГ, АД, пульсоксиметрии, теста заполнения капилляров, КОС крови, объёма диуреза. Необходимо стремиться к уровню систолического АД £90 мм рт.ст. или £100 мм рт.ст. при АГ в анамнезе. Неинвазивное измерение АД в условиях снижения периферического кровотока и гипотензии может быть неточным или ошибочным (до 25% наблюдений). Наиболее точный метод — инвазивное измерение АД, позволяющее также проводить исследование газов и КОС артериальной крови.

При геморрагическом шоке венозный тонус повышен, а ёмкость венозного русла снижена, поэтому замещение потерянного ОЦК может вызвать затруднения. Быструю внутривенную

инфузию в объёме 2–3 л считают безопасной. Дальнейшую терапию можно проводить либо дискретно (250–500 мл за 10–20 мин) с оценкой гемодинамических параметров, либо с постоянным мониторингом ЦВД. Получение достаточного для восстановления тканевой перфузии заполнения левых отделов сердца требует довольно высоких значений ЦВД (10 см вод.ст. и выше).

В редких случаях сохранение низкого тканевого кровотока при положительных значениях ЦВД требует оценки работы левых отделов сердца. В качестве стандартной методики применяют катетеризацию лёгочной артерии, крайне редко используемую в акушерстве и грозящую серьёзными осложнениями. Малоинвазивные альтернативы — анализ пульсового контура при катетеризации лучевой артерии, оценка параметров центральной гемодинамики и внутригрудных волевических показателей при транспульмональной термодилуции (методика PICCO), чреспищеводная эхокардиография.

Конечной целью инфузионной терапии при шоке считают восстановление тканевого кровотока. Об этом можно судить по нормальным показателям пульсоксиметрии, теста заполнения капилляров, диурезу в объёме 0,5–1 мл/(кг·ч).

В качестве критерия улучшения тканевого кровотока применяют также клиренс лактата и сатурацию смешанной венозной крови. При адекватном лечении концентрация лактата снижается на 50% в течение первого часа интенсивной терапии. Интенсивную терапию продолжают до снижения лактата  $\leq 2$  ммоль/л. При сохранении высокой концентрации лактата в течение 24 ч прогноз сомнительный. Сатурация смешанной венозной крови отражает баланс между доставкой и потреблением кислорода и коррелирует с сердечным индексом. Для определения сатурации смешанной венозной крови необходим катетер в лёгочной артерии, однако было показано, что значения сатурации крови из центральной вены близки к сатурации смешанной венозной крови. Необходимо стремиться к значениям сатурации смешанной венозной крови  $\geq 70\%$ .

Восстановление кислородотранспортной функции крови

Трансфузия эритроцитарной массы позволяет значительно увеличить содержание кислорода в артериальной крови. Показания к переливанию эритроцитарной массы — снижение Hb  $\leq 60$ –70 г/л, кровопотеря  $\geq 40\%$  ОЦК. Для переливания желательно использовать систему с лейкоцитарным фильтром, что способствует уменьшению вероятности иммунных реакций, обусловленных трансфузией лейкоцитов.

В качестве альтернативы трансфузии эритроцитарной массы предложены следующие методы: аутодонорство, острая нормоволемическая и гипervолемическая гемодилуция. Также возможна интраоперационная аппаратная реинфузия крови, состоящая из сбора крови во время операции, отмывания эритроцитов и последующей трансфузии эритроцитарной массы. Относительное противопоказание — примесь ОВ. В этом случае применяют отдельный операционный отсос для удаления ОВ, отмывание эритроцитов удвоенным объёмом раствора, применение лейкоцитарного фильтра при возврате эритроцитов. В отличие от ОВ, попадание фетальных эритроцитов в состав аутоэритроцитарной массы допустимо. В связи с этим при определении у новорождённого резус-положительного фактора крови, резусотрицательной родильнице необходимо ввести увеличенную дозу анти-резусгаммаглобулина.

Коррекция свёртывающей системы крови

Во время лечения пациентки с кровотечением функция системы гемостаза наиболее часто страдают под влиянием препаратов для инфузии, при коагулопатии разведения и при возникновении ДВС-синдрома. Коагулопатия разведения имеет клиническое значение при замещении более 100% ОЦК, проявляясь снижением содержания плазменных факторов свертывания. На практике коагулопатию разведения трудно отличить от ДВС-синдрома, развитие которого возможно в следующих случаях:

- преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, особенно в сочетании с внутриутробной гибелью плода;
- эмболия ОВ;
- геморрагический шок с ацидозом, гипотермией.

В фазу гипокоагуляции ДВС-синдрома происходит быстрое падение концентрации факторов свёртывания и содержание тромбоцитов (факторы свёртывания —  $\approx 30\%$  от нормы, протромбиновое время и АЧТВ увеличены в  $\approx 1,5$  от исходного уровня). Клинически диагноз подтверждают при отсутствии образования сгустков в излившейся крови при продолжающемся кровотечении.

*Свежезамороженная плазма.* Показание для переливания свежезамороженной плазмы — замещение плазменных факторов свёртывания крови в следующих ситуациях:

- АЧТВ  $\approx 1,5$  от исходного уровня при продолжающемся кровотечении;
- при кровотечении III–IV класса (геморрагическом шоке II–III).

Начальная доза составляет 12–15 мл/кг, повторные дозы — 5–10 мл/кг. Есть данные о том, что при гипокоагуляционной фазе ДВС-синдрома эффективны дозы свежезамороженной плазмы  $\approx 30$  мл/кг. Скорость трансфузии свежезамороженной плазмы — не менее 1000–1500 мл/ч, при стабилизации коагуляционных показателей скорость уменьшают до 300–500 мл/ч. Цель применения свежезамороженной плазмы — нормализация АЧТВ. Желательно использовать свежезамороженную плазму, прошедшую лейкоредукцию.

*Криопреципитат.* Криопреципитат, содержащий фибриноген и фактор VIII, показан как дополнительное средство лечения нарушений гемостаза при содержании фибриногена  $\approx 1$  г/л. Обычная доза составляет 1–1,5 ЕД/10 кг (8–10 пакетов). Цель — повышение концентрации фибриногена  $\approx 1$  г/л.

*Тромбоконцентрат.* Возможность трансфузии тромбоцитов рассматривают в следующих случаях:

- содержание тромбоцитов менее  $50\ 000/\text{мм}^3$  на фоне кровотечения;
- содержание тромбоцитов менее  $20\text{--}30\ 000/\text{мм}^3$  без кровотечения;
- при клинических проявлениях тромбоцитопении или тромбоцитопатии (петехиальная сыпь).

Одна доза тромбоконцентрата повышает уровень тромбоцитов примерно на  $5000/\text{мм}^3$ . Обычно применяют 1 ЕД/10 кг (5–8 пакетов).

*Антифибринолитики.* Транексамовая кислота и аprotинин ингибируют активацию плазминогена и активность плазмина. Показание для применения антифибринолитиков — патологическая первичная активизация фибринолиза. Для диагностики этого состояния используют тест на лизис эуглобулинового сгустка с активизацией стрептокиназой или 30-минутный лизис при тромбоэластографии.

*Концентрат антитромбина III.* При снижении активности антитромбина III менее 70% показано восстановление противосвёртывающей системы с помощью переливания свежезамороженной плазмы или концентрата антитромбина III. Активность антитромбина III необходимо поддерживать в пределах 80–100%.

*Рекомбинантный фактор VIIa.* Рекомбинантный активированный фактор VII был разработан для лечения эпизодов кровотечения у пациентов с гемофилией A и B. В качестве эмпирического гемостатика препарат успешно применяют при различных состояниях, связанных с неконтролируемыми тяжёлыми кровотечениями. В связи с недостаточным количеством наблюдений, окончательно не определена роль рекомбинантного фактора VII A в лечении акушерских кровотечений. Препарат может быть использован после стандартных хирургических и медикаментозных средств остановки кровотечения.

Условия применения:

- $\text{Hb} \approx 70$  г/л, фибриноген  $\approx 1$  г/л, тромбоциты  $\approx 50\ 000/\text{мм}^3$ ;
- $\text{pH} \approx 7,2$  (коррекция ацидоза);
- согревание пациентки (желательно, но не обязательно).

Возможный протокол применения (по Собешчик и Бреборович):

- первоначальная доза — 40–60 мкг/кг внутривенно;
- при продолжении кровотечения — повторные дозы по 40–60 мкг/кг 3–4 раза через 15–30 мин;
- при достижении дозы 200 мкг/кг и отсутствии эффекта необходимо проверить условия для применения;
- только после проведения коррекции может быть введена следующая доза 100 мкг/кг.

Поддержание температурного, кислотно-основного и электролитного баланса

Гипотермия нарушает функцию тромбоцитов и снижает скорость реакций каскада свёртывания крови (10% на каждый 1 °С снижения температуры тела). Кроме того, ухудшается состояние сердечно-сосудистой системы, транспорт кислорода (смещение кривой диссоциации Hb — O<sub>2</sub> влево), элиминация лекарств печенью. Крайне важно согреть как внутривенные растворы, так и пациентку. Центральную температуру необходимо поддерживать близкой к 35 °С. При интенсивной терапии необходимо избегать гиперкапнии, гипокалиемии, гипокальциемии, перегрузки жидкостью и излишней коррекции ацидоза бикарбонатом натрия.

Адренормиметики при шоке применяют по следующим показаниям:

- кровотечение произошло во время действия регионарной анестезии и симпатической блокады;
- необходимо время для установки дополнительных внутривенных линий;
- вследствие кардиодепрессорного влияния продуктов ишемии тканей развился гиподинамический гиповолемический шок.

Параллельно с восполнением ОЦК возможно болюсное внутривенное введение 5–50 мг эфедрина, 50–200 мкг фенилэфрина или 10–100 мкг эпинефрина. Титровать эффект лучше путём внутривенной инфузии: допамин — 2–10 мкг/(кг·мин) или более, добутамин — 2–10 мкг/(кг·мин), фенилэфрин — 1–5 мкг/(кг·мин), эпинефрин — 1–8 мкг/мин. Применение данных препаратов усугубляет риск сосудистого спазма и ишемии органов, но оправданно в критической ситуации.

Послеоперационная терапия

После остановки кровотечения интенсивную терапию продолжают до восстановления адекватной перфузии тканей. Цели проводимой терапии:

- систолическое АД <sup>3</sup>100 мм рт.ст. (при предшествующей АГ <sup>3</sup>110 мм рт.ст.);
- содержание Hb и уровень Ht, достаточные для транспорта кислорода;
- нормализация гемостаза, электролитного баланса, температуры тела (<sup>3</sup>36 °С);
- диурез <sup>3</sup>1 мл/(кг·ч);
- увеличение сердечного выброса;
- обратное развитие ацидоза, снижение содержания лактата до нормальных значений.

Проводят профилактику, диагностику и лечение возможных проявлений ПОН.

## **ПРОГНОЗ**

При лечении геморрагического шока следует ожидать положительного исхода при восстановлении параметров центральной гемодинамики и тканевого кровотока в течение первых 6 ч.

## **Рекомендованная литература**

*Очерки по производственной и клинической трансфузиологии* / Под общ. ред. А.И. Воробьёва. — М.: Ньюдиамед, 2006. — 632 с.

*Габа Д.М., Фиш К.Д., Хауард С.К.* Критические ситуации в анестезиологии: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2000. — 440 с.

*Интенсивная терапия* / Под общ. ред. Малышева В.Д. — М.: Медицина, 2002. — 584 с.

*Акушерство* / Под общ. ред. Савельевой Г.М. — М., Медицина, 2000. — 416 с.

*Benedetti T.J.* Obstetric Hemorrhage // *S.G. Gabbe Obstetrics — normal and problem pregnancies*, 4th ed. — Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002.

*B-Lynch C., Keith L.G., Lalonde A.B., Karoshi M.* A textbook of postpartum hemorrhage. — Duncow: Sapiens Publishing, 2006. — P. 468.

*Fujitani S., Baldisseri M.R.* Hemodynamic assessment in a pregnant and peripartum patient // *Crit Care Med.* — 2005. — N 33(Suppl.). — P. 354–361.

*Jones A.E., Kline J.A.* Shock // *J.A. Marx Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* — 6<sup>th</sup> ed. — Philadelphia, Mosby, 2006.

*Martel M.J. et al.* Hemorrhagic shock. SOGC Clinical practice guidelines // *J. Obstet. Gynaecol.* — 2002. — N 24(6). — P. 504–511.

*Miller R.D.* Miller's Anesthesia. — 6<sup>th</sup> ed. — Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005.

*Roberts J.R., Hedges J.R., Chanmugam A.S., Chudnofsky C.R. et al.* Clinical procedures in emergency medicine. — 4<sup>th</sup> ed. — Philadelphia: Saunders, 2004.

*Suresh M.S.* Obstetric hemorrhage / D.J. Birnbach Ostheimer's manual of obstetric anesthesia. — 3<sup>rd</sup> ed. — Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000.

*Wali A., Suresh M.S., Gregg A.R.* Antepartum hemorrhage / S. Datta. Anesthetic and obstetric management of high-risk pregnancy. — 3<sup>rd</sup> ed. — New York, Springer-Verlag, 2004.

Составитель: \_\_\_\_\_ /Д.А. Новичков/

**САРАТОВ**

### Лекция № 3

#### Тема: ФИЗИОЛОГИЯ И НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

**Место проведения:** аудитория ПЦ ГУЗ «СГКБ №8»

**Продолжительность лекции:** 2 часа

**Вид лекции:** мультимедийная презентация

**Цель:** ознакомление обучающегося с видами нарушения менструального цикла в разные возрастные периоды жизни женщины

В результате занятия

**студент должен знать:** основные патологические процессы, протекающие в организме у женщин с АМК

**студент должен уметь:** правильно ориентироваться в тактике ведения пациенток с АМК

**Оснащение:** ноутбук DEXP AGILION 0108, Мультимедийный проектор ViewSonic

#### Хронокарта основных этапов занятия

<i>№</i>	<i>Этапы</i>	<i>Содержание учебного материала</i>	<i>Время</i>
1.	<b>Вводная часть (вступление)</b>	Приветствие. Проверка присутствующих на занятии. Оценка внешнего вида. Формулировка темы, цели, задач лекции, мотивация обучения.	2 - 5 мин
2	<b>Основная часть</b>	Изложение содержания лекции в строгом соответствии с предложенным планом. Включает раскрывающий тему лекции концептуальный и фактический материал, его анализ и оценку, различные способы аргументации и доказательства выдвигаемых теоретических положений. Определяется видом лекции	80 - 85 мин
3	<b>Заключительная часть</b>	Подведение общего итога лекции, повторение основных положений лекции, обобщение материала, формулировка выводов по теме лекции; ответы на вопросы студентов. Задания для самоподготовки. Основная и дополнительная литература	3 - 5 мин
<b>Итого</b>		90 мин	

#### План лекции:

1. Определение
2. Классификация
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

#### Конспект лекции:

**Аномальные маточные кровотечения** — ановуляторные кровотечения, обусловленные нарушением функции яичников. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте — диагноз исключения органической причины кровотечения.

#### **КОД ПО МКБ-10**

N93.8 Другие уточнённые аномальные кровотечения из матки и влагалища.

#### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

В репродуктивном периоде частота дисфункциональных маточных кровотечений переменчива, по данным разных авторов, составляет от 10% до 37%.

#### **ПРОФИЛАКТИКА**

Здоровый образ жизни, нормализация режима труда и отдыха.

#### **СКРИНИНГ**

Регулярное посещение врача женской консультации. Клинические проявления нарушения менструального цикла, проявляющиеся маточным кровотечением после задержки менструации.

#### **ЭТИОЛОГИЯ**

Причины нарушений функции яичников в репродуктивном периоде — различные средовые факторы: стрессы, инфекции, хирургические вмешательства, травмы, прерывание беременности, метаболический синдром, приём лекарственных препаратов и т.д.

#### **ПАТОГЕНЕЗ**

В основе патогенетических механизмов дисфункциональных маточных кровотечений лежит нарушение нейроэндокринного контроля синтеза и выделения в гипоталамусе гонадолиберина, соответственно, в гипофизе — гонадотропных гормонов, регулирующих функцию яичников. В результате нарушается функция яичников по типу ановуляции с персистенцией или атрезией фолликулов, что ведёт к абсолютной или относительной гиперэстрогении при низком уровне прогестерона. Гиперэстрогения вызывает гиперпластические процессы в эндометрии, который и становится субстратом маточного кровотечения. Интенсивность кровотечения в значительной степени определяется местными, эндометриальными факторами: усилением фибринолиза, нарушением соотношения вазоконстрикторов и вазодилататоров (простагландинов и тромбоксанов), а также экспрессией различных факторов роста.

#### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Клиническая картина характеризуется обильным кровотечением в течение более чем 7 дней, которое возникает после задержки менструации на 1,5–3 мес. Реже дисфункциональные маточные кровотечения протекают по типу менометроррагий, когда после обильной менструации продолжаются незначительные кровянистые выделения. Об интенсивности кровотечения можно судить по наличию или отсутствию сгустков. Симптомы определяются также тяжестью постгеморрагической анемии и характеризуются бледностью кожи, тахикардией, слабостью, головокружением, сонливостью. При необильных кровотечениях общее самочувствие страдает мало.

#### **ДИАГНОСТИКА**

Диагностика сложности не представляет в связи с типичной клинической картиной аномального маточного кровотечения.

#### **АНАМНЕЗ**

При изучении анамнеза выявляют факт нарушения менструального цикла после воздействия внешних факторов (перенесённая нейроинфекция, психические или физические стрессы, операции, травмы и т.д.). В пубертатном периоде у этих пациенток часто бывают нарушения менструального цикла по типу ювенильных кровотечений; частые ОРВИ, хронический тонзиллит, экстрагенитальные заболевания.

#### **ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Оценивают состояние слизистых оболочек, кожи, измеряют пульс, АД для определения степени анемизации. Определяют индекс массы тела, при ожирении — характер распределения жировой ткани путём вычисления соотношения окружности талии к окружности бёдер. При гинекологическом исследовании оценивают степень маточного кровотечения, проводят кольпоскопию для исключения патологии шейки матки.

## **ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Клинический анализ крови, коагулограмму проводят для определения степени анемии и исключения патологии системы гемостаза. Определение половых и гипофизарных гормонов информативной ценности не имеет.

## **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ**

УЗИ позволяет исключить субмукозную миому, полипы, внутренний эндометриоз. Наиболее информативна гистероскопия, которую проводят в стационаре во время раздельного лечебно-диагностического выскабливания с последующим гистологическим исследованием удалённого эндометрия.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальную диагностику проводят с целью исключения других причин маточных кровотечений в репродуктивном периоде:

- связанных с беременностью — самопроизвольные аборты, эктопическая беременность, плацентарный полип, трофобластическая болезнь;
- вследствие инфекции — цервициты, эндометриты;
- доброкачественных заболеваний эндо и миометрия — полипы, субмукозная миома, внутренний эндометриоз;
- предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки, цервикального канала, эндометрия (аденокарцинома) и миометрия (саркома);
- системных заболеваний: тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, анемия Фанкони, болезни щитовидной железы, печени.

## **ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Наличие системных заболеваний, которые могут быть причиной дисфункциональных маточных кровотечений, а также диагностированные злокачественные заболевания органов репродуктивной системы.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ**

Остановка кровотечения, восстановление гемодинамических показателей, гормональная терапия гиперплазии эндометрия, профилактика рецидива дисфункционального маточного кровотечения.

### **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Обильное кровотечение со сгустками, признаки постгеморрагической анемии.

### **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Немедикаментозное лечение категорически противопоказано.

### **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Гормональный гемостаз проводят только у молодых пациенток (18–30 лет) с умеренной интенсивностью кровянистых выделений при отсутствии признаков постгеморрагической анемии и после исключения других причин маточного кровотечения по данным осмотра и УЗИ. Для гормонального гемостаза применяют препараты КОК с содержанием эстрогенного компонента 0,03 мг (ригевидон<sup>®</sup>, марвелон<sup>®</sup>, фемоден<sup>®</sup> и др.). Препараты назначают в дозе от 4 таблеток в первые сутки в зависимости от интенсивности кровотечения, снижая дозу по 1–2 таблетки в три дня до прекращения кровянистых выделений, после чего продолжают приём КОК в течение 21 дня. После отмены препарата менструальная реакция может быть обильной, поэтому назначают симптоматические и утеротонические средства. Далее рекомендуют продолжить приём КОК для профилактики рецидива дисфункционального маточного кровотечения.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Стационарное хирургическое лечение рекомендовано всем пациенткам старше 30 лет независимо от интенсивности кровотечения. Под контролем гистероскопии производят раздельное выскабливание стенок полости матки. Гистероскопия позволяет не только полностью удалить гиперплазированный эндометрий (субстрат кровотечения), но и выявить сопутствующую патологию (полипы, субмукозную миому, внутренний эндометриоз).

Симптоматическая гемостатическая терапия — ингибиторы фибринолиза (транексамовая кислота), НПВС (диклофенак, напроксен), ангиопротективные и улучшающие микроциркуляцию

препараты (этамзилат) — полноценного гемостаза не вызывает. Эти препараты только уменьшают кровопотерю и рассматриваются как дополнительные средства.

В качестве второго этапа рекомендуют профилактику рецидива кровотечения у пациенток, которым проводился гормональный гемостаз. Препараты выбора для этого у молодых женщин — монофазные КОК (марвелон<sup>®</sup>, жанин<sup>®</sup>, ярина<sup>®</sup> и др). Если женщина не планирует в ближайшие годы беременность, то через 6–8 мес рекомендуют введение мирены<sup>®</sup> — внутриматочной гормональной рилизинговой системы, надёжно защищающей эндометрий от пролиферативных процессов на 5 лет.

Пациенткам, которым проводили отдельное диагностическое выскабливание и по результатам гистологического исследования диагностировали ГПЭ, назначают гормональную терапию. Принципы гормонотерапии ГПЭ — центральное антигонадотропное действие препарата, в результате которого снижается синтез и выделение гонадотропинов и, как следствие, овариальных стероидов. При выборе препаратов необходимо учитывать: гистологическую структуру эндометрия, возраст пациентки, противопоказания и переносимость препарата, наличие сопутствующих метаболических нарушений, эстрагенитальной и гинекологической патологии. У пациенток до 35 лет рекомендуют применение монофазных КОК с содержанием 0,03 мг эстрогенного компонента в пролонгированном режиме в течение 6 мес. После подобной терапии по типу ребаунд-эффекта восстанавливаются овуляторные менструальные циклы.

Женщинам позднего репродуктивного возраста (после 35 лет) при рецидивирующих дисфункциональных маточных кровотечениях, противопоказаниях к приёму эстрогенсодержащих КОК рекомендуют применение антигонадотропных препаратов: гестринон 2,5 мг 2 раза в неделю 6 мес, даназол 400 мг в сутки 6 мес. Наиболее эффективны из них бусерелин, гозерелин, трипторелин, которые назначают парентерально 1 раз в 28 дней, 6 инъекций. Женщин следует предупреждать, что на фоне терапии появляются климактерические симптомы: приливы, потливость, сердцебиение и другие, которые прекращаются после отмены препарата.

Наиболее действенной профилактикой дисфункциональных маточных кровотечений, рецидива ГПЭ у женщин старше 35 лет, не заинтересованных в беременности, является применение ВМК — внутриматочной гормональной рилизинговой системы мирена<sup>®</sup>, выделяющей из специального резервуара левоноргестрел с максимальной его концентрацией в эндометрии и минимальной в крови. В результате местного действия препарата происходит атрофия эндометрия.

Гистерэктомия как метод лечения дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте используют крайне редко, как правило, при сочетании дисфункционального маточного кровотечения с миомой или внутренним эндометриозом, при противопоказаниях для гормонотерапии.

#### **ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

7–14 дней в зависимости от выраженности постгеморрагической анемии.

#### **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

Диспансерное наблюдение, восстановление овуляторных менструальных циклов или регуляция менструального цикла приёмом КОК, прогестагенов во II фазе цикла, введение внутриматочной гормональной левоноргестрелрилизинговой системы мирена<sup>®</sup>.

#### **ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ**

При любых нарушениях менструального цикла (обильные менструации со сгустками после задержки месячных или в срок очередной менструации, продолжающиеся кровянистые выделения более чем 7 дней) необходимо обращаться к врачу.

#### **ПРОГНОЗ**

Прогноз для здоровья и жизни благоприятный.

**Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП)** — функциональные нарушения, возникающие в течение первых трёх лет после менархе, обусловленные отклонениями согласованной деятельности функциональных систем, поддерживающих гомеостаз,

проявляющиеся в нарушении корреляционных связей между ними при воздействии комплекса факторов.

### **СИНОНИМЫ**

Маточные кровотечения в пубертатном периоде, дисфункциональные маточные кровотечения, ювенильные маточные кровотечения.

### **КОД ПО МКБ-10**

N92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде (обильные кровотечения с началом менструации, пубертатные циклические кровотечения;— меноррагии, пубертатные ациклические кровотечения;— метроррагии).

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Частота МКПП в структуре гинекологических заболеваний детского и юношеского возраста колеблется от 10 до 37,3%. МКПП — частая причина обращений девочек-подростков к гинекологу. Они также составляют 95% всех маточных кровотечений пубертатного периода. Наиболее часто маточные кровотечения возникают у девочек-подростков в течение первых трёх лет после менархе.

### **СКРИНИНГ**

Целесообразно проведение скрининга заболевания при помощи психологического тестирования среди здоровых пациенток, особенно отличниц и учащихся заведений с высоким образовательным уровнем (гимназии, лицеи, профессиональные классы, институты, университеты). В группу риска по развитию МКПП должны быть включены девочки-подростки с отклонениями физического и полового развития, ранним менархе, обильными менструациями с менархе.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ**

Официально принятой международной классификации МКПП не существует.

В зависимости от функциональных и морфологических изменений в яичниках выделяют:

- овуляторные маточные кровотечения;
- ановуляторные маточные кровотечения.

В пубертатном периоде наиболее часто встречаются ановуляторные ациклические кровотечения, обусловленные атрезией или, реже, персистенцией фолликулов.

В зависимости от клинических особенностей маточных кровотечений выделяют следующие типы.

● **Меноррагии** (гиперменорея) — маточные кровотечения у больных с сохранённым ритмом менструаций, при продолжительности кровяных выделений более 7 дней и кровопотере выше 80 мл. У таких больных обычно наблюдают небольшое количество сгустков крови в обильных кровяных выделениях, появление гиповолемических расстройств в менструальные дни и признаков железодефицитной анемии средней и тяжелой степени.

● **Полименорея** — маточные кровотечения, возникающие на фоне регулярного укороченного менструального цикла (менее 21 дня).

● **Метроррагия** и **менометроррагия** — маточные кровотечения, не имеющие ритма, часто возникающие после периодов олигоменореи и характеризующиеся периодическим усилением кровотечения на фоне скудных или умеренных кровяных выделений.

В зависимости от уровня концентрации эстрадиола в плазме крови МКПП разделяют на следующие типы:

- гипоэстрогенные;
- нормоэстрогенные.

В зависимости от клиниколабораторных особенностей МКПП различают типичные и атипичные формы.

### **ЭТИОЛОГИЯ**

МКПП — многофакторное заболевание; его развитие зависит от взаимодействия комплекса случайных факторов и индивидуальной реактивности организма. Последнюю определяют как генотип, так и фенотип, формирующийся в процессе онтогенеза каждого человека. В качестве факторов риска возникновения МКПП чаще всего называют такие состояния, как острые психогении или длительные психологические напряжения, неблагоприятные экологические условия в месте проживания, гиповитаминозы. Триггерными факторами МКПП могут также

служить алиментарная недостаточность, ожирение, дефицит массы тела. Данные неблагоприятные факторы правильнее расценивать не как причинные, а как провоцирующие явления. Ведущая и наиболее вероятная роль в возникновении кровотечений принадлежит различного рода психологическим перегрузкам и острым психологическим травмам (до 70%).

### **ПАТОГЕНЕЗ**

Дисбаланс гомеостаза у подростков связан с развитием неспецифических реакций на воздействие стресса, т.е. какихто обстоятельств (инфекция, физические или химические факторы, социально-психологические проблемы), приводящих к напряжённости адаптационных ресурсов организма. В качестве механизма реализации общего адаптационного синдрома происходит активизация основной оси гормональной регуляции — «гипоталамус–гипофиз–надпочечники». Для нормального адаптационного ответа на изменение внешней или внутренней среды организма характерно сбалансированное мультипараметрическое взаимодействие регулирующих (центральных и периферических) и эффекторных компонентов функциональных систем. Гормональное взаимодействие отдельных систем обеспечивают корреляционные связи между ними. При воздействии комплекса факторов, по своей интенсивности или продолжительности превосходящих обычные условия адаптации, эти связи могут нарушаться. Как следствие такого процесса каждая из систем, обеспечивающих гомеостаз, начинает работать в той или иной степени изолированно и афферентно поступающая информация об их деятельности искажается. Это в свою очередь приводит к нарушению управляющих связей и ухудшению эффекторных механизмов саморегуляции. И, наконец, длительно существующее низкое качество механизмов саморегуляции системы, наиболее уязвимой в силу какихлибо причин, приводит к её морфофункциональным изменениям.

Механизм дисфункции яичников заключается в неадекватной стимуляции гипофиза гонадолиберинном и может быть непосредственно связан как с понижением концентрации в крови ЛГ и ФСГ, так и стойким повышением уровня ЛГ или хаотическими изменениями секреции гонадотропинов.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Клиническая картина МКПП весьма неоднородна. Проявления зависят от того, на каком уровне (центральном или периферическом) произошли нарушения саморегуляции.

При невозможности определить тип МКПП (гипо, нормо или гиперэстрогенный) или отсутствии корреляции между клиническими и лабораторными данными можно говорить о наличии атипичной формы.

При типичном течении МКПП клиническая картина зависит от уровня гормонов в крови.

● **Гиперэстрогенный тип:** внешне такие больные выглядят физически развитыми, но в психологическом плане могут обнаруживать незрелость в суждениях и поступках. К отличительным признакам типичной формы относят значительное увеличение размеров матки и концентрации ЛГ в плазме крови относительно возрастной нормы, а также ассиметричное увеличение яичников. Наибольшая вероятность развития гиперэстрогенного типа МКПП в начале (11–12 лет) и конце (17–18 лет) пубертатного периода. Атипичные формы могут встречаться до 17 лет.

● **Нормоэстрогенный тип** ассоциируется с гармоничным развитием внешних признаков по данным антропометрии и степени развития вторичных половых признаков. Размеры матки меньше возрастной нормы, поэтому чаще при таких параметрах больных относят к гипозэстрогенному типу. Чаще данный тип МКПП развивается у пациенток в возрасте от 13 до 16 лет.

● **Гипозэстрогенный тип** чаще остальных встречается у девушек-подростков. Обычно такие пациентки хрупкого телосложения со значительным отставанием от возрастной нормы степени развития вторичных половых признаков, но довольно высоким уровнем психического развития. Матка значительно отстаёт в объёме от возрастной нормы во всех возрастных группах, эндометрий тонкий, яичники симметричные и в объёме немного превышают нормальные показатели. Уровень кортизола в плазме крови значительно превосходит нормативные значения. При гипозэстрогенном типе МКПП почти всегда протекают в типичной форме.

### **ДИАГНОСТИКА**

Критерии постановки диагноза МКПП:

- продолжительность кровяных выделений из влагалища менее 2 или более 7 дней на фоне укорочения (менее 21–24 дней) или удлинения (более 35 дней) менструального цикла;
- кровопотеря более 80 мл или субъективно более выраженная по сравнению с обычными менструациями;
- наличие межменструальных или поскоитальных кровяных выделений;
- отсутствие структурной патологии эндометрия;
- подтверждение ановуляторного менструального цикла в период возникновения маточного кровотечения (уровень прогестерона в венозной крови на 21–25й дни менструального цикла менее 9,5 нмоль/л, монофазная базальная температура, отсутствие преовуляторного фолликула по данным эхографии).

### **АНАМНЕЗ**

Во время беседы с родственниками (желательно, с матерью) необходимо выяснять детали семейного анамнеза пациентки. Оценивают особенности репродуктивной функции матери, течение беременности и родов, течение периода новорожденности, психомоторное развитие и темпы роста, выясняют условия жизни, особенности питания, перенесённые заболевания и операции, отмечают данные о физических и психологических нагрузках, эмоциональных стрессах.

### **ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Необходимо провести общий осмотр, измерение роста и массы тела, определение распределения подкожножировой клетчатки, отметить признаки наследственных синдромов. Определяют соответствие индивидуального развития пациентки возрастным нормам, в том числе полового развития по Таннеру (с учётом развития молочных желёз и роста волос).

У большинства больных с МКПП можно наблюдать явное опережение (акселерация) по росту и массе тела, но по индексу массы тела ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ) отмечают относительную недостаточность массы тела (за исключением больных в возрасте 11–18 лет).

Чрезмерное ускорение темпов биологического созревания в начале пубертатного периода сменяется замедлением развития в старших возрастных группах.

При осмотре можно обнаружить симптомы острой или хронической анемии (бледность кожных покровов и видимых слизистых).

Гирсутизм, галакторея, увеличение щитовидной железы — признаки эндокринной патологии.

Наличие существенных отклонений в функционировании эндокринной системы, а также в иммунном статусе больных с МКПП могут свидетельствовать об общем нарушении гомеостаза.

Важно проанализировать менструальный календарь (меноциклограмму) девочки. По его данным можно судить о становлении менструальной функции, характере менструального цикла до первого кровотечения, интенсивности и продолжительности кровотечения.

Дебют заболевания с менархе чаще отмечают в младшей возрастной группе (до 10 лет), у девочек 11–12 лет после менархе до кровотечения чаще наблюдаются нерегулярные менструации, а у девочек старше 13 лет — регулярные менструальные циклы. Раннее менархе увеличивает вероятность возникновения МКПП.

Очень характерно развитие клинической картины МКПП при атрезии и персистенции фолликулов. При персистенции фолликулов менструальноподобные или более обильные, чем менструации, кровяные выделения возникают после задержки очередной менструации на 1–3 нед, тогда как при атрезии фолликулов задержка составляет от 2 до 6 мес и проявляется скудными и продолжительными кровотечениями. В то же время различные гинекологические заболевания могут иметь идентичные по характеру кровотечения и однотипные нарушения менструального цикла. Мажущие кровяные выделения из половых путей незадолго до менструации и сразу после неё могут быть симптомом эндометриоза, полипа эндометрия, хронического эндометрита, ГПЭ.

Необходимо уточнить психологическое состояние пациентки с помощью психологического тестирования и консультации психотерапевта. Доказано, что в клинической картине типичных форм МКПП важную роль играют признаки депрессивных расстройств и социальной дисфункции. Наличие взаимосвязи стресса с гормональным обменом пациентов предполагает возможность первичности нарушений нервнопсихической сферы.

Также важную информацию даёт гинекологическое исследование. При осмотре наружных половых органов оценивают линии роста волос на лобке, форму и размеры клитора, больших и малых половых губ, наружное отверстие уретры, особенности девственной плевы, окраску слизистых преддверия влагалища, характер выделений из половых путей. Вагиноскопия позволяет оценить состояние слизистой влагалища, эстрогенную насыщенность и исключить наличие инородного тела во влагалище, кондилом, красного плоского лишая, новообразований влагалища и шейки матки.

Признаки гиперэстрогении: выраженная складчатость слизистой влагалища, сочный гимен, шейка матки цилиндрической формы, симптом «зрачка» положительный, обильные прожилки слизи в кровяных выделениях.

Признаки гипоестрогении: слизистая влагалища бледнорозового цвета, складчатость слабо выражена, гимен тонкий, шейка матки субконической или конической формы, кровяные выделения без примеси слизи.

### **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Больным с подозрением на МКПП проводят следующие исследования.

- Общий анализ крови с определением уровня гемоглобина, количества тромбоцитов, ретикулоцитов. Гемостазиограмма (АЧТВ, протромбиновый индекс, активированное время рекальцификации) и оценка времени кровотечения позволят исключить грубую патологию свёртывающей системы крови.

- Определение в сыворотке крови  $\beta$ ХГЧ у сексуально активных девушек.

- Микроскопия мазка (окраска по Граму), бактериологическое исследование и ПЦР-диагностика хламидиоза, гонореи, микоплазмоза, уреаплазмоза в соскобе стенок влагалища.

- Биохимический анализ крови (определение уровня глюкозы, белка, билирубина, холестерина, креатинина, мочевины, сывороточного железа, трансферрина, кальция, калия, магния) активности ЩФ, АСТ, АЛТ.

- Тест толерантности к углеводам при синдроме поликистоза яичников и избыточной массе тела (индекс массы тела 25 и выше).

- Определение уровня тиреоидных гормонов (ТТГ, свободного  $T_4$ , АТ к тиреоидной пероксидазе) для уточнения функции щитовидной железы; эстрадиола, тестостерона, ДГЭАС, ЛГ, ФСГ, инсулина, Спептида для исключения СПКЯ; 17-ОП, тестостерона, ДГЭАС, суточного ритма кортизола для исключения ВГКН; пролактина (не менее 3 раз) для исключения гиперпролактинемии; прогестерона в сыворотке крови на 21-й день цикла (при менструальном цикле 28 дней) или на 25-й день (при менструальном цикле 32 дня) для подтверждения ановуляторного характера маточного кровотечения.

На первом этапе заболевания в раннем пубертате активация гипоталамогипофизарной системы приводит к периодическому выбросу ЛГ (в первую очередь) и ФСГ, их концентрация в плазме крови превышает нормальные уровни. В позднем пубертате, и особенно при рецидивах маточного кровотечения, секреция гонадотропинов снижается.

### **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Иногда проводят рентгенографию левой кисти и запястья для определения костного возраста и прогноза роста.

У большинства пациенток с МКПП диагностируют опережение биологического возраста по сравнению с хронологическим, особенно в младших возрастных группах. Биологический возраст — фундаментальный и многосторонний показатель темпов развития, отражающий уровень морфофункционального состояния организма на фоне популяционного стандарта.

**Рентгенография черепа** — информативный метод диагностики опухолей гипоталамогипофизарной области, деформирующих турецкое седло, оценки ликвородинамики, внутричерепной гемодинамики, нарушений остеосинтеза в силу гормонального дисбаланса, перенесённых внутричерепных воспалительных процессов.

**Эхография органов малого таза** позволяет уточнить размеры матки и эндометрия для исключения беременности, размеры, структуру и объём яичников, пороки матки (двуругая, седловидная матка), патологию тела матки и эндометрия (аденомиоз, ММ, полипы или

гиперплазия, аденоматоз и рак эндометрия, эндометрит, внутриматочные синехии), оценить размеры, структуру и объём яичников, исключить функциональные кисты и объёмные образования в придатках матки.

**Диагностическая гистероскопия и выскабливание полости матки** у подростков применяют редко и используют для уточнения состояния эндометрия при обнаружении эхографических признаков полипов эндометрия или цервикального канала.

УЗИ щитовидной железы и внутренних органов проводят по показаниям у больных с хроническими заболеваниями и эндокринными заболеваниями.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Основной целью дифференциальной диагностики маточных кровотечений пубертатного периода считают уточнение основных этиологических факторов, провоцирующих развитие МКПП.

Дифференциальный диагноз следует проводить с целым рядом состояний и заболеваний.

● **Осложнение беременности у сексуально активных подростков.** Жалобы и данные анамнеза, позволяющие исключить прерывающуюся беременность или кровотечение после состоявшегося аборта, в том числе у девочек, отрицающих сексуальные контакты. Кровотечение возникает чаще после непродолжительной задержки свыше 35 дней, реже при укорочении менструального цикла менее 21 дня или в сроки, близкие к ожидаемой менструации. В анамнезе, как правило, есть указания на половые контакты в предыдущем менструальном цикле. Больные отмечают нагрубание молочных желёз, тошноту. Кровяные выделения, как правило, обильные со сгустками, с кусочками тканей, нередко болезненные. Результаты тестов на беременность положительные (определение  $\beta$ ХГЧ сыворотке крови больной).

● **Дефекты свёртывающей системы крови** (болезнь Виллебранда и дефицит других плазменных факторов гемостаза, болезнь Верльгофа, тромбоастения Гланцмана, Бернара–Сулье, Гоше). В целях исключения дефектов свёртывающей системы крови выясняют данные семейного анамнеза (склонность к кровотечениям у родителей) и анамнеза жизни (носовые кровотечения, удлинённое время кровотечения при хирургических манипуляциях, частое и беспричинное возникновение петехий и гематом). Маточные кровотечения, развившиеся на фоне болезней системы гемостаза, как правило, имеют характер меноррагий с менархе. Данные осмотра (бледность кожных покровов, кровоподтёки, петехии, желтизна окраски ладоней и верхнего неба, гирсутизм, стрии, угри, витилиго, множественные родимые пятна и пр.) и лабораторных методов исследования (гемостазиограмма, общий анализ крови, тромбоэластограмма, определение основных факторов свёртывания) позволяют подтвердить наличие патологии системы гемостаза.

● **Другие заболевания крови:** лейкомия, апластическая анемия, железодефицитная анемия.

● **Полипы шейки и тела матки.** Маточные кровотечения, как правило, ациклические с короткими светлыми промежутками, выделения умеренные, нередко с тяжами слизи. При эхографическом исследовании нередко диагностируют ГПЭ (толщина эндометрия на фоне кровотечения равна 10–15 мм), с гиперэхогенными образованиями различных размеров. Диагноз подтверждают с помощью данных гистероскопии и последующего гистологического исследования удалённого образования эндометрия.

● **Аденомиоз.** Для МКПП на фоне аденомиоза характерны выраженная дисменорея, длительные мажущие кровяные выделения с коричневым оттенком до и после менструации. Диагноз подтверждают с помощью данных эхографии в 1ю и 2ю фазы менструального цикла и гистероскопии (у больных с выраженным болевым синдромом и при отсутствии эффекта медикаментозной терапии).

● **ВЗОМТ.** Как правило, маточное кровотечение имеет ациклический характер, возникает после переохлаждения, незащищённых половых контактов у сексуально активных подростков, на фоне обострения хронических тазовых болей, выделений. Больные жалуются на боли внизу живота, дизурию, гипертермию, обильные патологические бели вне менструации, приобретающие резкий неприятный запах на фоне кровотечения. При ректоабдоминальном исследовании пальпируются увеличенная в размерах размягчённая матка, определяется пастозность тканей в области придатков матки, исследование, как правило, болезненное. Данные бактериологического исследования (микроскопия мазков по Граму, ПЦР диагностика отделяемого из влагалища на

наличие ИППП, бактериологический посев из заднего свода влагалища) способствуют уточнению диагноза.

● **Травма наружных половых органов или инородное тело во влагалище.** Для диагностики необходимо обязательное выяснение анамнестических данных и проведение вульвовагиноскопии.

● **СПКЯ.** При МКПП у девочек с СПКЯ наряду с жалобами на задержки менструаций, избыточный рост волос, простые угри на лице, груди, плечах, спине, ягодицах и бёдрах есть указания на позднее менархе с прогрессирующими нарушениями менструального цикла по типу олигоменореи.

● **Гормонопродуцирующие образования.** МКПП может быть первым симптомом эстрогенпродуцирующих опухолей или опухолевидных образований яичников. Верификация диагноза возможна после определения уровня эстрогенов в венозной крови и УЗИ половых органов с уточнением объёма и структуры яичников.

● **Нарушение функции щитовидной железы.** МКПП возникают, как правило, у больных с субклиническим или клиническим гипотиреозом. Больные с МКПП на фоне гипотиреоза жалуются на зябкость, отёчность, увеличение массы тела, снижение памяти, сонливость, депрессию. При гипотиреозе пальпация и УЗИ с определением объёма и структурных особенностей щитовидной железы позволяют выявить её увеличение, а осмотр больных — наличие сухой субэктеричной кожи, одутловатости лица, глоссомегалию, брадикардию, увеличение времени релаксации глубоких сухожильных рефлексов. Уточнить функциональное состояние щитовидной железы позволяет определение содержания ТТГ, свободного Т<sub>4</sub> в венозной крови.

● **Гиперпролактинемия.** Для исключения гиперпролактинемии, как причины МКПП, необходим осмотр и пальпация молочных желёз с уточнением характера отделяемого из сосков, определение содержания пролактина в венозной крови, показано рентгенографическое исследование костей черепа с прицельным изучением размеров и конфигурации турецкого седла или МРТ головного мозга.

● **Другие эндокринные заболевания** (болезнь Аддисона, болезнь Кушинга, постпубертатная форма ВГКН, опухоли надпочечников, синдром пустого турецкого седла, мозаичный вариант синдрома Тернера).

● **Системные заболевания** (болезни печени, хроническая почечная недостаточность, гиперспленизм).

● **Ятрогенные причины** (ошибки приёма препаратов, содержащих женские половые гормоны и глюкокортикоиды, длительное применение высоких доз НПВС, антиагрегантов и антикоагулянтов, психотропных препаратов, антиконвульсантов и варфарина, химиотерапия).

Следует различать МКПП и синдром маточного кровотечения у подростков. Синдром маточного кровотечения может сопровождаться практически теми же клиническими и параметрическими атрибутами, что и при МКПП. Однако для синдрома маточного кровотечения характерны патофизиологические и клинические специфические признаки, что необходимо учитывать при назначении лечебнопрофилактических мероприятий.

## **ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Консультация эндокринолога необходима при подозрении на патологию щитовидной железы (клинические симптомы гипо или гипертиреоза, диффузное увеличение или узловое образования щитовидной железы при пальпации).

Консультация гематолога — при дебюте МКПП с менархе, указаниях на частые носовые кровотечения, возникновение петехий и гематом, повышенную кровоточивость при порезах, ранениях и оперативных манипуляциях, выявлении удлинения времени кровотечения.

Консультация фтизиатра — при МКПП на фоне длительного стойкого субфебрилитета, ациклическом характере кровотечений, нередко сопровождающихся болевым синдромом, отсутствии патогенного инфекционного агента в отделяемом уrogenитального тракта, относительном или абсолютном лимфоцитозе в общем анализе крови, положительных результатах туберкулиновой пробы.

Консультация терапевта — при МКПП на фоне хронических системных заболеваний, в том числе заболеваний почек, печени, лёгких, сердечнососудистой системы и пр.

Консультация с психотерапевтом или психиатром показана всем больным с МКПП для коррекции состояния с учётом особенностей психотравмирующей ситуации, клинической типологии, реакции личности на болезнь.

### **ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА**

N92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде (обильные кровотечения с менархе или пубертатные меноррагии или пубертатные метроррагии).

### **ЛЕЧЕНИЕ**

#### **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ**

Общими целями лечения маточных кровотечений пубертатного периода являются:

- остановка кровотечения во избежание острого геморрагического синдрома;
- стабилизация и коррекция менструального цикла и состояния эндометрия;
- антианемическая терапия;
- коррекция психического состояния больных и сопутствующих заболеваний.

#### **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Больных госпитализируют при следующих состояниях:

- обильное (профузное) маточное кровотечение, не купирующееся медикаментозной терапией;
- угрожаемое жизни снижение гемоглобина (ниже 70–80 г/л) и гематокрита (ниже 20%);
- необходимость хирургического лечения и гемотрансфузии.

#### **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

У больных с маточным кровотечением на первом этапе лечения целесообразно использовать ингибиторы перехода плазминогена в плазмин (транексамовой кислоты или аминокaproновой кислоты). Препараты уменьшают интенсивность кровотечения за счёт уменьшения фибринолитической активности плазмы крови. Транексамовую кислоту назначают внутрь в дозе 4–5 г в течение первого часа терапии, затем по 1 г каждый час до полной остановки кровотечения. Возможно внутривенное введение 4–5 г препарата в течение 1 ч, затем капельное введение по 1 г в час в течение 8 ч. Суммарная суточная доза не должна превышать 30 г. При приёме больших доз увеличивается опасность развития синдрома внутрисосудистого свёртывания, а при одновременном применении эстрогенов возникает высокая вероятность тромбоэмболических осложнений. Возможно использование препарата в дозировке 1 г 4 раза в сутки с 1го по 4й день менструации, что уменьшает объём кровопотери на 50%.

Достоверно доказано, что при применении НПВС, монофазных КОК и даназола кровопотеря у больных с меноррагиями существенно уменьшается. Даназол у девочек с МКПП используют очень редко из-за выраженных побочных реакций (тошнота, огрубение голоса, выпадение и повышение сальности волос, появление угревой сыпи и гирсутизма).

НПВС (ибупрофен, нимесулид) за счёт подавления активности ЦОГ1 и ЦОГ2 регулируют метаболизм арахидоновой кислоты, снижают продукцию ПГ и тромбоксанов в эндометрии, уменьшая объём кровопотери во время менструации на 30–38%.

Ибупрофен назначается по 400 мг каждые 4–6 ч (суточная доза — 1200–3200 мг) в дни меноррагий. Нимесулид назначается по 50 мг 3 раза в день. Увеличение суточной дозировки может вызвать нежелательное увеличение протромбинового времени и повышение в сыворотке крови содержания лития.

Эффективность НПВС сопоставима с таковой у аминокaproновой кислоты и КОК.

В целях повышения эффективности гемостатической терапии оправдано и целесообразно одновременное назначение НПВС и гормональной терапии. Исключение составляют больные с гиперпролактинемией, структурными аномалиями половых органов и патологией щитовидной железы.

Метилэргометрин можно назначать в сочетании с этамзилатом, но при наличии или при подозрении на полип эндометрия либо ММ от назначения метилэргометрина лучше воздержаться из-за возможности усиления кровяных выделений и возникновения болей внизу живота.

В качестве альтернативных методов могут быть использованы физиопроцедуры: аутомаммонизация, вибромассаж околососковой зоны, электрофорез хлористым кальцием, гальванизация области верхних шейных симпатических ганглиев, электростимуляция шейки матки импульсными токами низкой частоты, локальная или лазерная терапия, иглорефлексотерапия.

В ряде случаев применяют гормональную терапию. Показания к гормональному гемостазу:

- отсутствие эффекта от симптоматической терапии;
- анемия средней или тяжёлой степени на фоне длительного кровотечения ;
- рецидивирующие кровотечения при отсутствии органических заболеваний матки.

Низкодозированные КОК, содержащие прогестагены 3го поколения (дезогестрел или гестоден) — наиболее часто используемые препараты у больных с профузными и ациклическими маточными кровотечениями . Этинилэстрадиол в составе КОК обеспечивает гемостатический эффект, а прогестагены — стабилизацию стромы и базального слоя эндометрия. Для остановки кровотечения используются только монофазные КОК.

Существует множество схем применения КОК в гемостатических целях у больных с маточными кровотечениями . Наиболее популярна следующая: 1 таблетка 4 раза в день 4 дня, затем 1 таблетка 3 раза в день 3 дня, потом 1 таблетка 2 раза в день, затем 1 таблетка в день до конца второй упаковки препарата. Вне кровотечения с целью регуляции менструального цикла КОК назначают в течение 3 циклов по 1 таблетке в сутки (21 день приёма, 7 дней перерыв). Продолжительность гормональной терапии зависит от выраженности исходной железодефицитной анемии и скорости восстановления уровня гемоглобина. Применение КОК в указанном режиме сопряжено с рядом серьёзных побочных эффектов: повышение АД, тромбозы, тошнота, рвота, аллергия.

Доказана высокая эффективность применения низкодозированных монофазных КОК (Марвелон<sup>®</sup>, Регулон<sup>®</sup>, Ригевидон<sup>®</sup>, Жанин<sup>®</sup>) по 1/2 таблетки через каждые 4 ч до наступления полного гемостаза. Назначение по такой схеме основано на доказательствах того, что максимальная концентрация КОК в крови достигается через 3–4 ч после перорального приёма препарата и существенно уменьшается в последующие 2–3 ч. Суммарная гемостатическая доза этинилэстрадиола при этом колеблется от 60 до 90 мкг, что меньше традиционно используемой дозы. В последующие дни проводят снижение суточной дозы препарата по 1/2 таблетки в день. Как правило, продолжительность первого цикла приёма КОК не должна быть меньше 21 дня, считая с первого дня от начала гормонального гемостаза. Первые 5–7 дней приёма КОК возможно временное увеличение толщины эндометрия, который регрессирует без кровотечения при продолжении лечения.

В дальнейшем в целях регуляции ритма менструации и профилактики рецидивов маточных кровотечений препарат назначают по стандартной схеме приёма КОК (курсы по 21 день с перерывами в 7 дней между ними). У всех больных, принимавших препарат по описанной схеме, отмечена хорошая переносимость при отсутствии побочных эффектов.

При необходимости ускоренной остановки угрожающего жизни большой кровотечения препаратами первой линии выбора являются конъюгированные эстрогены, вводимые внутривенно в дозе 25 мг каждые 4–6 ч до полной остановки кровотечения , если она происходит в течение первых суток. Возможно использование таблетированной формы конъюгированных эстрогенов по 0,625–3,75 мкг каждые 4–6 ч до полной остановки кровотечения с постепенным понижением дозы в течение последующих 3 дней до 1 таблетки (0,675 мг) в сутки или препаратов, содержащих натуральные эстрогены (эстрадиол), по аналогичной схеме с начальной дозой 4 мг в сутки. После остановки кровотечения назначаются прогестагены.

Вне кровотечения с целью регуляции менструального цикла назначают по 1 таблетке 0,675 мг в сутки в течение 21 дня с обязательным добавлением гестагенов в течение 12–14 дней во вторую фазу моделированного цикла.

В ряде случаев, особенно у больных, имеющих выраженные побочные реакции, непереносимость или противопоказания к применению эстрогенов, возможно назначение прогестагенов.

У больных с обильным кровотечением эффективен приём высоких доз прогестагенов (медроксипрогестерона по 5–10 мг, микронизированного прогестерона по 100 мг или дидрогестерона по 10 мг) каждые 2 ч или 3 раза в день в течение суток до прекращения кровотечения. При меноррагиях медроксипрогестерон может быть назначен по 5–20 мг в сутки во вторую фазу (в случаях с НЛФ) или по 10 мг в сутки с 5го по 25й день менструального цикла (в случаях овуляторных меноррагий). У больных с ановуляторными маточными кровотечениями прогестагены целесообразно назначать во вторую фазу менструального цикла на фоне постоянного применения эстрогенов. Возможно использование микронизированного прогестерона в суточной дозе 200 мг 12 дней в месяц на фоне непрерывной терапии эстрогенами. С целью последующей регуляции менструального цикла гестагены (натуральный микронизированный прогестерон по 100 мг 3 раза в сутки, дидрогестерон по 10 мг 2 раза в сутки) назначают во вторую фазу цикла в течение 10 дней.

Продолжение кровотечения на фоне гормонального гемостаза — показание для проведения гистероскопии с целью уточнения состояния эндометрия.

Всем больным с МКПП показано назначение препаратов железа для предотвращения и профилактики развития железодефицитной анемии. Доказана высокая эффективность применения железа сульфата в комбинации с аскорбиновой кислотой, обеспечивающая поступление в организм больной 100 мг двухвалентного железа в сутки (Сорбифер Дурулес<sup>®</sup>). Суточную дозу сульфата железа подбирают с учётом уровня гемоглобина в сыворотке крови. В качестве критерия правильного подбора и адекватности ферротерапии при железодефицитных анемиях наличие ретикулоцитарного криза, т.е. 3 и более кратное повышение количества ретикулоцитов на 7–10й день приёма железосодержащего препарата. Антианемическая терапия назначается на период не менее 1–3 мес. С осторожностью следует применять соли железа у пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ. Кроме этого вариантом выбора могут быть Фенюльс<sup>®</sup>, Гардиферон<sup>®</sup>, Ферроплекс<sup>®</sup>, ФерроФольгамма<sup>®</sup>.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Раздельное выскабливание слизистой оболочки тела и шейки матки под контролем гистероскопа у девочек производят очень редко. Показаниями к хирургическому лечению могут быть:

- острое профузное маточное кровотечение, не останавливающееся на фоне медикаментозной терапии;
- наличие клинических и ультразвуковых признаков полипов эндометрия и/или цервикального канала.

В случаях необходимости удаления кисты яичника (эндометриoidной, дермоидной фолликулярной или кисты жёлтого тела, персистирующей более трёх месяцев) или уточнения диагноза у больных с объёмным образованием в области придатков матки показана лечебно-диагностическая лапароскопия.

### **ПРИМЕРНЫЕ СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

При неосложнённом течении заболевание не вызывает стойкой нетрудоспособности. Возможные сроки нетрудоспособности от 10 до 30 дней могут быть обусловлены выраженностью клинических проявлений железодефицитной анемии на фоне длительного или обильного кровотечения, а также необходимостью госпитализации для проведения хирургического или гормонального гемостаза.

### **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

Пациентки с маточными кровотечениями пубертатного периода нуждаются в постоянном динамическом наблюдении 1 раз в мес до стабилизации менструального цикла, затем возможно ограничить частоту контрольного обследования до 1 раза в 3–6 мес. Проведение эхографии органов малого таза должно осуществляться не реже 1 раза в 6–12 мес. Электроэнцефалография через 3–6 мес. Все больные должны быть обучены правилам ведения менструального календаря и оценке интенсивности кровотечения, что позволит оценить эффективность проводимой терапии. Больные должны быть информированы о целесообразности коррекции и поддержании оптимальной массы тела (как при дефиците, так и при избыточной массе тела), нормализации режима труда и отдыха.

## **ПРОГНОЗ**

Большинство девочек-подростков благоприятно реагируют на медикаментозное лечение, и в течение первого года у них формируются полноценные овуляторные менструальные циклы и нормальные менструации. Прогноз при МКПП, связанных с патологией системы гемостаза или при системных хронических заболеваниях, зависит от степени компенсации имеющихся нарушений. Девочки, сохраняющие избыточную массу тела и имеющие рецидивы МКПП в возрасте 15–19 лет, должны быть включены в группу риска по развитию рака эндометрия.

## **Рекомендованная литература**

*Бурлев В.А.* // Проблемы Репродукции . — 2004. — № 6. — С. 51–57.

*Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А.* Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. — М.: ГэотарМедиа, 2006. — С. 113–141.

*Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* В кн. Неоперативная гинекология. — М.: МИА, 2003. — С. 145–152.

*Cameron J. et al.* Clinical Disorders of the «Endometrium and Menstr. Cycle». — Oxford Univers. Press, 1998.

Составитель: \_\_\_\_\_ /Н.Ф. Хворостухина/

**САРАТОВ**

## Лекция № 8

### Тема: «ОСТРЫЙ ЖИВОТ» В ГИНЕКОЛОГИИ

**Место проведения:** аудитория ПЦ ГУЗ «СГКБ №8»

**Продолжительность лекции:** 2 часа

**Вид лекции:** мультимедийная презентация

**Цель:** ознакомление обучающегося с понятием «острого живота» в гинекологии

В результате занятия

**студент должен знать:** основные патологические процессы, протекающие в организме у женщин с нозологиями, входящими в понятие «острый живот»

**студент должен уметь:** правильно ориентироваться в тактике ведения пациенток с данной патологией

**Оснащение:** ноутбук DEXP AGILION 0108, Мультимедийный проектор ViewSonic

#### Хронокарта основных этапов занятия

<i>№</i>	<i>Этапы</i>	<i>Содержание учебного материала</i>	<i>Время</i>
1.	<b>Вводная часть (вступление)</b>	Приветствие. Проверка присутствующих на занятии. Оценка внешнего вида. Формулировка темы, цели, задач лекции, мотивация обучения.	2 - 5 мин
2	<b>Основная часть</b>	Изложение содержания лекции в строгом соответствии с предложенным планом. Включает раскрывающий тему лекции концептуальный и фактический материал, его анализ и оценку, различные способы аргументации и доказательства выдвигаемых теоретических положений. Определяется видом лекции	80 - 85 мин
3	<b>Заключительная часть</b>	Подведение общего итога лекции, повторение основных положений лекции, обобщение материала, формулировка выводов по теме лекции; ответы на вопросы студентов. Задания для самоподготовки. Основная и дополнительная литература	3 - 5 мин
<b>Итого</b>		90 мин	

#### План лекции:

1. Определение
2. Классификация
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

#### Конспект лекции:

**Внематочная беременность** — имплантация оплодотворённого яйца вне полости матки.

#### СИНОНИМЫ

Эктопическая беременность.

## **КОД ПО МКБ-10**

- O00.0 — абдоминальная (брюшная) беременность;
- O00.1 — трубная беременность:
  - беременность в маточной трубе,
  - разрыв маточной трубы вследствие беременности.
- O00.2 — яичниковая беременность;
- O00.8 — другие формы внематочной беременности:
  - шеечная,
  - в роге матки,
  - интралигаментарная.
- O00.9 неуточнённая.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Наиболее выраженный рост числа внематочной беременности в последние годы наблюдают среди женщин старше 35 лет. В Великобритании отмечают 11,5 внематочных беременностей на 1000 беременных, частота материнской смертности составила 0,4 на 1000 случаев эктопической беременности.

В России в 2006 г. выполнено 45 673 операции по поводу внематочной беременности. За 10 лет от внематочной беременности умерло 243 женщины. В России эта патология занимает 5–6е место в ряду причин материнской смертности и составляет 4–5%. До недавнего времени более чем 96% больным с внематочной беременностью проводили лапаротомию и удаление маточной трубы, в настоящее время во многих клиниках тот же процент составляют лапароскопические операции.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

На уровне женской консультации показано выявление женщин группы риска:

- с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки;
- с дисфункцией яичников;
- с ГПБ;
- имеющих в анамнезе внематочную беременность.

## **СКРИНИНГ**

При задержке менструации, отсутствии или наличии кровянистых выделений из половых путей показано определение  $\beta$ ХГЧ в крови и проведение трансвагинального УЗИ.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ**

В отличие от МКБ10, в отечественной литературе трубную беременность разделяют на:

- ампулярную;
- истмическую;
- интерстициальную.

Яичниковую подразделяют на:

- развивающуюся на поверхности яичника;
- развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшную беременность подразделяют на:

- первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально);
- вторичную.

## **ЭТИОЛОГИЯ**

Повышение частоты внематочной беременности обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний женских половых органов, наружного генитального эндометриоза, использованием ВМК, нейроэндокринных нарушений, психоэмоционального напряжения. Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют 42–80%. Определённую роль в этиологии внематочной беременности играют опухоли матки и придатков. Появились сообщения о возникновении внематочной беременности у 2% женщин, которым было проведено ЭКО.

## **ПАТОГЕНЕЗ**

В норме оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярном отделе маточной трубы, и затем оплодотворённая яйцеклетка продвигается в полость матки, где и происходит имплантация

плодного яйца. Такое продвижение обусловлено транспортной функцией маточной трубы (перистальтикой и движением ресничек мерцательных клеток цилиндрического эпителия слизистой оболочки). Транспортная функция маточных труб зависит от многих факторов: гормональной функции яичников и введённых экзогенно гормонов, полноценности всех слоёв стенки маточной трубы, состояния кровоснабжения и иннервации внутренних половых органов. Таким образом, нарушение нормального механизма транспортировки оплодотворённой яйцеклетки может привести к внематочной беременности.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

С клинической точки зрения выделяют прогрессирующую трубную беременность и нарушенную трубную беременность (разрыв маточной трубы, трубный аборт). При прогрессирующей трубной беременности общее состояние, как правило, удовлетворительное. При нарушенной трубной беременности состояние пациентки зависит от величины кровопотери и может быть удовлетворительным, средней тяжести и тяжёлым.

Результаты проведённых исследований позволили выявить частоту характерных жалоб, предъявляемых больными с внематочной беременностью :

- задержка менструации (73%);
- кровянистые выделения из половых путей (71%);
- боли различного характера и интенсивности (68%);
- сочетание трёх симптомов (52%);
- тошнота (48%);
- иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра (32%).

### **ДИАГНОСТИКА**

В настоящее время в связи с повышением качества диагностики (в первую очередь, УЗИ и мониторинг содержания ХГЧ) стало возможным диагностировать прогрессирующую трубную беременность. Объективно при прогрессирующей внематочной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная. При пальпации может быть болезненность внизу живота на стороне поражения. При гинекологическом обследовании отмечается лёгкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, шейка матки несколько размягчена, безболезненна, тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании, на стороне поражения можно пропальпировать тестоватой консистенции болезненное образование овоидной формы. Выделения из половых путей светлые.

При прервавшейся беременности при объективном обследовании отмечают бледность кожи и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД может быть снижено. Температура тела нормальная или повышенная. При пальпации живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно — притупление звука в отлогах местах. Симптом Щёткина–Блюмберга выражен слабо. При влагалищном исследовании размер матки чаще увеличен. Отмечают резкую болезненность при смещении матки, её шейки и при пальпации заднего свода. Иногда пальпируют резко болезненное округлое образование слева или справа от матки (почти в 50% случаев).

Информативными методами в диагностике внематочной беременности служат: определение βсубъединицы хорионического гонадотропина в крови, УЗИ и лапароскопия.

Для ранней диагностики проводят:

- трансвагинальное УЗИ;
- определение уровня βХГЧ в сыворотке крови.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определения уровня βХГЧ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 3й нед. беременности. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности включает в себя измерение толщины эндометрия, соногистерографию, цветное доплеровское картирование. Беременность в маточном углу может быть заподозрена при асимметрии матки, асимметричной позиции плодного яйца, выявленных при УЗИ.

Результаты проведённых исследований позволили выявить основные ультразвуковые критерии внематочной беременности и их частоту:

- неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости (26,9%);

- неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости (16%);
- эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (с признаками сердцебиения) (12,9%);
- эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) (6,9%).

По результатам УЗИ выделяют три типа эхографической картины полости матки при внематочной беременности:

- I — утолщенный от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции;
- II — полость матки расширена, переднезадний размер 10–26 мм, содержимое в основном жидкостное, неоднородное за счёт сгустков крови и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия;
- III — полость матки сомкнута, Мэхо в виде гиперэхогенной полоски 1,6–3,2 мм.

### **ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

Внематочная беременность вызывает в организме женщины такие же изменения, как и маточная: задержку менструации, нагрубание молочных желёз, появление молозива, тошноту, извращение вкуса. Отмечают цианоз преддверия влагалища, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка увеличивается в размерах, размягчается, слизистая оболочка матки трансформируется в децидуальную оболочку. В яичнике формируется жёлтое тело беременности, иммунологическая реакция на беременность положительная. Постановка прогрессирующей трубной беременности в ранние сроки исключительно трудна. Однако есть признаки, характерные больше для внематочной беременности, чем для маточной:

- содержание хорионического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока;
- увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности;
- в области придатков пальпируют болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции.

Достоверные диагностические признаки: УЗИ (определение плодного яйца в трубе) и лапароскопия.

Динамическое наблюдение за больной с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность проводят только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, т.к. прерывание её происходит внезапно и сопровождается кровотечением в брюшную полость.

При сборе анамнеза уточняют характер менструального цикла, число и исход предшествующих беременностей, применявшиеся методы контрацепции, оценивают риск внематочной беременности.

При предполагаемом сроке беременности 3–4 нед, отсутствии ультразвуковых данных за маточную беременность и положительных результатах хорионического гонадотропина в крови показана диагностическо-лечебная лапароскопия.

Реакцию на хорионический гонадотропин в случае отрицательного результата следует повторять неоднократно. В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности — органосохраняющая операция эндоскопическим доступом.

### **РАЗРЫВ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ**

Для разрыва маточной трубы характерна клиническая картина острого заболевания. Внезапно у больной наступает приступ острой боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, появляются холодный пот, бледность, даже возможна кратковременная потеря сознания, снижение АД. Пульс становится слабым и частым. Френикуссимптом положительный, если в брюшной полости имеется не менее 500 мл крови, появляются симптомы раздражения брюшины. Состояние больной зависит от величины кровопотери.

В боковых отделах живота определяют притупление перкуторного звука (свободная кровь в брюшной полости). Живот умеренно вздут, отмечают нерезко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы. При гинекологическом исследовании (его следует проводить крайне осторожно во избежание повторного болевого шока, усиления кровотечения и коллапса) обычно определяется незначительное увеличение матки, пальпация её и движения шейки резко болезненны. Через

боковой свод влагалища в области придатков определяют опухолевидное образование тестоватой консистенции без чётких контуров. Задний свод уплощён или даже выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода резко болезненна. Из шеечного канала вскоре после приступа появляются незначительные тёмнокровянистые выделения (в первые часы они могут отсутствовать). Через несколько часов после приступа боли из матки начинает отторгаться децидуальная ткань, которая представляет собой почти полный слепок полости матки. Состояние больной может на какое-то время стабилизироваться или даже улучшиться, но по мере увеличения внутреннего кровотечения развивается картина тяжёлого коллапса и шока. Тяжесть состояния больной обусловлена объёмом кровопотери, однако при этом большое значение имеет способность адаптации пациентки к кровопотере.

Информативный диагностический тест — кульдоцентез, с помощью которого можно подтвердить наличие свободной крови в брюшной полости. Полученная при пункции кровь имеет тёмный цвет, содержит мягкие сгустки и не свёртывается, что отличает её от крови, полученной из кровеносного сосуда. Если в результате пункции через задний свод кровь не получена, то это ещё не отвергает диагноза внематочной беременности, т.к. возможно неправильное выполнение пункции или отсутствие крови в позадматочном углублении ввиду спаек и сращений в области малого таза. Гемоперитонеум — показание для экстренной операции. Разрыв трубы — относительное противопоказание для органосохраняющей операции. Геморрагический шок III степени — показание к лапаротомии. Таким образом, выбор доступа оперативного вмешательства при разрыве маточной трубы зависит от состояния больной.

### **ТРУБНЫЙ АБОРТ**

Клиника трубного аборта складывается из сочетания объективных и субъективных признаков беременности и симптомов прервавшейся беременности. Обычно после небольшой задержки менструации появляются схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы боли внизу живота, чаще односторонние. Из половых путей появляются скудные тёмнокровянистые выделения, обусловленные отторжением децидуальной оболочки матки. Трубный аборт, как правило, протекает длительно, часто без острых клинических проявлений. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако лабильность пульса и АД, особенно при перемене положения тела, — достаточно характерный признак. Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторным кровотечением в брюшную полость, образованием позадматочной гематомы и анемией. Появляются симптомы раздражения брюшины.

### **ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

Частота шеечной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей. Считается, что её риск повышают предшествующий аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана, ММ и ЭКО. Ультразвуковые признаки шеечной беременности:

- отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо;
- гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань);
- неоднородность миометрия;
- матка в виде песочных часов;
- расширение канала шейки матки;
- плодное яйцо в канале шейки матки;
- плацентарная ткань в канале шейки матки;
- закрытый внутренний зев.

После подтверждения диагноза определяют группу крови и резусфактор, устанавливают венозный катетер, получают письменное согласие больной на выполнение при необходимости экстирпации матки. Все это вызвано высоким риском массивного кровотечения. Имеются сообщения об эффективности при шеечной беременности интраамниального и системного применения метотрексата. Диагноз шеечной беременности часто ставят только во время диагностического выскабливания по поводу предполагаемого аборта в ходу или неполного аборта, когда начинается обильное кровотечение. Для остановки кровотечения в зависимости от его интенсивности

используют тугую тампонаду влагалища, прошивание боковых сводов влагалища, наложение кругового шва на шейку матки, введение в канал шейки матки катетера Фолея и раздувание манжетки. Весьма перспективна эмболизация маточных артерий (восходящих и нисходящих ветвей), перевязка маточных или внутренних подвздошных артерий, после чего бескровно удаляется плодное яйцо. При неэффективности всех перечисленных мероприятий производят экстирпацию матки.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Для дифференциальной диагностики неразвивающейся или прерывающейся маточной беременности и внематочной беременности проводят выскабливание полости матки. При внематочной беременности в соскобе определяется децидуальная ткань без ворсин хориона, феномен АриасСтеллы (гиперхромные клетки в эндометрии). При прерывающейся маточной беременности в соскобе имеются остатки или части плодного яйца, элементы хориона.

Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с:

- маточной беременностью ранних сроков;
- дисфункциональным маточным кровотечением;
- хроническим воспалением придатков матки.

Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с:

- апоплексией яичника;
- перфорацией язвы желудка и 12перстной кишки;
- разрывом печени и селезёнки;
- перекрутом ножки кисты или опухоли яичника;
- острым аппендицитом;
- острым пельвиоперитонитом.

Беременность, прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать с:

- абортом;
- обострением хронического сальпингоофорита;
- дисфункциональным маточным кровотечением;
- перекрутом ножки опухоли яичника;
- апоплексией яичника;
- острым аппендицитом.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Цель лечения: устранение внематочной беременности.

### **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Задержка менструации, наличие кровянистых выделений из половых путей и боли внизу живота различного характера и интенсивности с возможной иррадиацией (в бедро, в паховую область, задний проход).

Задержка менструации, отсутствие кровянистых выделений из половых путей и положительные результаты ХГЧ в крови независимо от наличия или отсутствия ультразвуковых признаков внематочной беременности.

Основной метод лечения внематочной беременности — хирургический.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Внедрение в практику лапароскопической хирургии привело к снижению количества лапаротомических операций по поводу внематочной беременности от общего числа оперативных вмешательств. Объём оперативного вмешательства (туботомия или тубэктомия) в каждом случае решается индивидуально. При решении вопроса о возможности проведения органосохраняющей операции необходимо учитывать следующие факторы:

- характер оперативного доступа (лапароскопия или лапаротомия);
- желание пациентки иметь беременность в будущем;
- морфологические изменения в стенке трубы («старая» внематочная беременность, истончение стенки трубы на всём протяжении плодместилища);
- повторная беременность в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции;

- локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы;
- выраженный спаечный процесс органов малого таза;
- эктопическая беременность после реконструктивнопластических операций на маточных трубах по поводу ТПБ.

Основные операции на трубах при эктопической беременности:

- Сальпинготомия.

Условия:

- сохранение фертильности;
- стабильная гемодинамика;
- размер плодного яйца менее 5 см;
- плодное яйцо расположено в ампулярном, инфундибулярном или истмическом отделе.

Выдавливание плодного яйца производят при его локализации в фимбриальном отделе трубы.

Рассечение маточного угла производят при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы.

- Сальпингэктомия.

Показания:

- содержание ХГЧ более 15 000 МЕ/мл;
- эктопическая беременность в анамнезе;
- размер плодного яйца более 5 см.

Для исключения острой хирургической патологии показана консультация хирурга.

Сроки нетрудоспособности зависят от оперативного доступа: после лапароскопии — 5 дней, после лапаротомии — 12 дней.

### **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

Женщины, перенёвшие внематочную беременность, нуждаются в диспансерном наблюдении по месту жительства. Пациенткам с нереализованной репродуктивной функцией показана контрольная лапароскопия с целью уточнения состояния маточных труб через три месяца после органосохраняющих операций.

### **ПРОГНОЗ**

При своевременно оказанной медицинской помощи благоприятный.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

*Айламазян Э.К.* Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии // Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. — Н.Новгород: Издво НГМА, 1997. — С. 176.

*Гаспаров А.С.* Экстренная помощь в гинекологии. Органосохраняющие операции // Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Косаченко А.Г. — М., 2000. — С. 3–21.

*Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями / Гаспаров А.С. и др.* «Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве». — М.: Пантори, 2002. — С. 200–203.

*Кулаков В.И.* Ургентная гинекология: новый взгляд / Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. // Журнал акуш. и женских болезней. — 2001. — Вып. III. — Т. L. — С.15–18.

*Серов В.Н.* Консервативные методы ведения больных с кистозными образованиями яичников / Серов В.Н., Кудрявцева Л.И., Рязанова Л.К. // Вестник Росс. Асс. акуш. и гинекол. — 1997. — № 1. — С. 13–16.

*Стрижаков А.Н.* Современные подходы к диагностике и тактике ведения больных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Стрижаков А.Н., Баев О.Р. // Акуш. и гинекол. — 1995. — № 4. — С. 15–18.

Составитель: \_\_\_\_\_ /Н.Ф. Хворостухина/



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
**«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ  
Декан стоматологического факультета  
Д.Е. Суетенков  
« 13 » 04 2021 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ  
АТТЕСТАЦИИ**

**АКУШЕРСТВО**

(наименование учебной дисциплины)

**Направление подготовки (специальность)**

**31.05.03 Стоматология**

**Форма обучения**

очная

**Срок освоения ОПОП**

(очная, очно-заочная, заочная)

**5 лет**

**Кафедра АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

## 1. КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ И ИНДИКАТОРЫ ИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Категория общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Основы фундаментальных и естественно-научных знаний	<b>ОПК –8</b> способен использовать основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы при решении профессиональных задач	ИОПК 8.1 <b>Знает:</b> основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы, которые используются в медицине ИОПК 8.2 <b>Умеет:</b> интерпретировать данные основных физико-химических, математических и естественно-научных методов исследования при решении профессиональных задач ИОПК 8.3 <b>Имеет практический опыт:</b> применения основных физико-химических, математических и естественно-научных методов исследования при решении профессиональных задач
Информационная грамотность	<b>ОПК-13.</b> способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	ИОПК 13.1 <b>Знает:</b> возможности справочно-информационных систем и профессиональных баз данных; методику поиска информации, информационно-коммуникационных технологий; современную медико-биологическую терминологию; основы информационной безопасности в профессиональной деятельности ИОПК 13.2 <b>Умеет:</b> применять современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности; осуществлять эффективный поиск информации, необходимой для решения задач профессиональной деятельности с использованием справочных систем и

		<p>         профессиональных баз данных;          пользоваться современной          медико-биологической          терминологией; осваивать и          применять современные          информационно-коммуникационные          технологии в          профессиональной          деятельности с учетом          основных требований          информационной безопасности  <b>ИОПК 13.3 Имеет</b>  <b>практический опыт:</b>          использования современных          информационных и          библиографических ресурсов,          применения специального          программного обеспечения и          автоматизированных          информационных систем для          решения стандартных задач          профессиональной          деятельности с учетом          основных требований          информационной безопасности       </p>
--	--	--

## 2. ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВЫУСКНИКОВ И ИНДИКАТОРЫ ИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Семес тр	Шкала оценивания			
	«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
<b>знать</b>				
	Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает предмет «Акушерство и гинекология»	Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала. Имеет несистематизированные знания	Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Показывает глубокое знание и понимание предмета
<b>уметь</b>				
	Студент не умеет применять лекарственные препараты в родах, не знает порядок оказания медицинской помощи во время родов	Студент испытывает затруднения при подборе лекарственных средств. Студент непоследовательно и не систематизировано определяет применение лекарственных препаратов. Студент затрудняется назвать этапы оказания помощи	Студент умеет самостоятельно определять последовательность этапов оказания помощи в родах. Студент умеет использовать полученные знания о применении лекарственных препаратов во время родов	Студент умеет последовательно оказывать помощь в родах. Студент умеет самостоятельно принимать правильные решения и осуществлять верные действия на различных этапах физиологических родов
<b>владеть</b>				
	Студент не владеет навыком оказания помощи роженицам во время физиологических родов	Студент владеет основными навыками оказания медицинской помощи при физиологических родах. Студент в основном способен самостоятельно оказать помощь роженице. Студент в основном владеет навыком использования	Студент владеет знаниями всего программного материала, материал излагает последовательно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала. Студент способен самостоятельно	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части способности

		лекарственных препаратов и медицинского инструментария	выделять главные положения в изученном материале, владеет навыком выделения значимых этапов оказания помощи беременной, роженице и родильнице	самостоятельного выделения значимых свойств и оказания помощи беременной, роженице и родильнице
--	--	--	---	---

### 3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

#### Тестовые задания по дисциплине «Акушерство и гинекология» для контроля знаний студентов педиатрического факультета

№ вопроса	Вопрос	Варианты ответа
<b>АКУШЕРСТВО</b>		
1 ОПК-8 ОПК-13	Госпитализация беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется	а) в неспециализированном родильном доме б) в специализированном акушерском стационаре (родильном) в) в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы г) в наблюдательном акушерском отделении родильного до
2 ОПК-8 ОПК-13	Совместное пребывание матери и новорожденного организуется	а) в наблюдательном отделении родильного дома б) в специализированном родильном доме в) неспециализированном родильном доме г) в послеоперационных палатах родильного дома
3 ОПК-8 ОПК-13	Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно	а) через 6 ч после рождения б) сразу после рождения в) через 8 ч после рождения г) через 12 ч после рождения
4 ОПК-8 ОПК-13	Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет	а) 1 год б) 2 года в) 3 года г) 5 лет
5 ОПК-8 ОПК-13	Новорожденного ребенка при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания переводят из родильного дома в детскую больницу,	а) после выписки матери из родильного дома б) после консультации врача

	как правило	детской больницы с) по выздоровлении, для реабилитации d) в день постановки диагноза
6 ОПК-8 ОПК-13	В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает	a) поздний гестоз беременных b) кровотечения c) экстрагенитальная патология d) инфекция
7 ОПК-8 ОПК-13	Основным качественным показателем деятельности родильного дома (отделения) не является	a) перинатальная смертность b) материнская смертность c) среднегодовая занятость койки d) заболеваемость новорожденных
8 ОПК-8 ОПК-13	Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом	a) (число женщин, умерших в родах)/ (число родов) x 100000 b) (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/ (число родившихся живыми) x 100000 c) (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель)/ (число родившихся живыми и мертвыми) x 100000 d) (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/ (число родившихся живыми и мертвыми) x 100000
9 ОПК-8 ОПК-13	Летальность новорожденных при родовой травме определяется	a) (число детей, умерших от родовой травмы)/(число родившихся живыми) x 100 b) абсолютное число детей, умерших от родовой травмы c) (число детей, умерших от родовой травмы)/ (число детей, страдающих родовой травмой) x 100 d) (число умерших детей в первые 7 суток)/(число родившихся живыми) x 1000
10 ОПК-8 ОПК-13	В структуре причин перинатальной смертности в России первое место обычно занимает	a) гемолитическая болезнь новорожденного b) родовая травма c) врожденный порок развития d) асфиксия
11 ОПК-8	Основной отчетный документ о деятельности родильного дома, направляемый в вышестоящие	a) статистический талон для регистрации уточненных

ОПК-13	органы медицинской статистики - это	диагнозов (ф. 025-2/у) b) отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. N 1 c) отчет по форме 32 d) журнал госпитализации
12 ОПК-8 ОПК-13	Понятие перинатальная смертность означает	a) потеря плода "вокруг родов" - в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде b) смерть ребенка в родах c) антенатальная гибель плода d) мертворождаемость
13 ОПК-8 ОПК-13	Осмотр терапевтом женщин при физиологически протекающей беременности происходит	a) при первой явке и в 36 недель беременности b) при первой явке и в 32 недели беременности c) при первой явке и перед родами d) при первой явке и в 30 недель беременности
14 ОПК-8 ОПК-13	Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом	a) (число мертворожденных число умерших в первые 168 ч после рождения)/(число родившихся живыми) x 1000 b) (число мертворожденных)/(число родов) x 1000 c) (число умерших интранатально)/(число родившихся мертвыми) x 1000 d) (число мертворожденных число умерших в первые 168 ч после рождения)/(число родившихся живыми и мертвыми) x 1000
15 ОПК-8 ОПК-13	Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин проводится чаще всего путем	a) лабораторного обследования; сбора анамнеза; консультации психолога b) лабораторного обследования; сбора анамнеза; патронажа; c) лабораторного обследования; сбора анамнеза; оценки пренатальных факторов риска (в баллах) d) лабораторного обследования; патронажа; консультации
16 ОПК-8 ОПК-13	Перевод беременной женщины на легкую и безвредную работу обычно проводится	a) справки, выданной юристом b) справки Ф-084/у, выданной акушером-гинекологом женской консультации c) индивидуальной карты беременности d) обменной карты родильного дома, родильного отделения

17 ОПК-8 ОПК-13	Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит, как правило	а) в проведении периодических медицинских осмотров б) в охвате профилактическими осмотрами неработающих в) в обследовании и наблюдении беременных женщин г) в диспансеризации гинекологических больных
18 ОПК-8 ОПК-13	Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности, как правило, имеет	а) антенатальная смертность б) ранняя неонатальная смертность в) интранатальная смертность г) постнеонатальная смертность
19 ОПК-8 ОПК-13	Основным критерием живорождения является	а) наличие сердцебиения б) масса плода 1000 г и более в) наличие самостоятельного дыхания г) рост плода 35 см и более
20 ОПК-8 ОПК-13	Специализированные приемы целесообразно организовывать в женской консультации с мощностью (на число участков)	а) Не менее 6 б) 4 в) 5 г) 8 и более
21 ОПК-8 ОПК-13	Как правильно рассчитать показатель материнской летальности, например, от эклампсии	а) (число женщин, умерших от эклампсии)/ (общее число родов) x 10000 б) (число женщин, умерших от эклампсии)/(общее число женщин, умерших от всех причин) x 1000 в) (число женщин, умерших от эклампсии)/(общее число женщин, умерших от всех причин) x 100 г) (число женщин, умерших от эклампсии)/(число родившихся живыми) x 100000
22 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее ценным среди мероприятий по снижению перинатальной смертности является	а) своевременное решение вопроса о возможности сохранения беременности б) своевременная диагностика хронической гипоксии плода в) проведение анализа причин перинатальной смертности г) улучшение санитарно-просветительной работы с беременными
23 ОПК-8 ОПК-13	Для обеспечения круглосуточной работы в стационаре родильного дома одна должность врача акушера-гинеколога устанавливается обычно	а) На 25 коек б) На 20 коек в) На 15 коек г) На 1000 родов
24 ОПК-8	Осмотр стоматологом женщин при физиологически	а) при первой явке; в 32 недели беременности

ОПК-13	протекающей беременности должен проводиться	<p>b) при первой явке; после первого осмотра по показаниям</p> <p>c) при первой явке; перед родами</p> <p>d) при первой явке; в 30 недель беременности</p>
25 ОПК-8 ОПК-13	Документ, по которому можно, вероятнее всего, проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин	<p>a) выписка из стационара</p> <p>b) индивидуальная карта беременной</p> <p>c) статистический талон уточнения диагноза</p> <p>d) журнал госпитализации</p>
26 ОПК-8 ОПК-13	Основная отчетная документация женской консультации	<p>a) дневник работы врача консультации (ф. 039/у)</p> <p>b) книга регистрации листов нетрудоспособности (ф. 036/у)</p> <p>c) отчет (форма № 32)</p> <p>d) журнал записи амбулаторных операций (ф. 069/у);</p>
27 ОПК-8 ОПК-13	Ведение беременных женщин в женской консультации проводится, как правило, методом	<p>a) оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию</p> <p>b) периодических осмотров декретированных контингентов</p> <p>c) диспансерного наблюдения</p> <p>d) профилактических осмотров на предприятиях</p>
28 ОПК-8 ОПК-13	Госпитализация беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, осуществляется	<p>a) в отделения гинекологии</p> <p>b) в отделения патологии беременных</p> <p>c) в отделения больниц по профилю патологии</p> <p>d) в санатории-профилактории</p>
29 ОПК-8 ОПК-13	Младенческая смертность – это	<p>a) смертность детей на первом месяце жизни</p> <p>b) смертность детей в возрасте до 2 лет</p> <p>c) смертность детей на первом году жизни</p> <p>d) смертность детей на первой неделе жизни</p>
30 ОПК-8 ОПК-13	1 стадия дифференцировки трофобласта - это образование	<p>a) бластоцисты</p> <p>b) морулы</p> <p>c) первичных ворсин хориона</p>
31 ОПК-8 ОПК-13	В 24 недели гестационного возраста длина плода равна	<p>a) 18 см</p> <p>b) 24см</p> <p>c) 30 см</p> <p>d) 12 см</p>
32 ОПК-8 ОПК-13	Показатель скорости клубочковой фильтрации почек с 20 недель физиологически развивающейся беременности повышается	<p>a) На 30%</p> <p>b) На 40%</p> <p>c) На 50%</p> <p>d) На 10%</p>
33	Медикаментозная профилактика плацентарной	a) антиагрегантов

ОПК-8 ОПК-13	недостаточности заключается в использовании всех перечисленных препаратов, кроме	b) антидиуретиков c) сосудорасширяющих d) спазмолитиков
34 ОПК-8 ОПК-13	Запоздалое созревание плаценты может приводить	a) к незрелости плода b) к преждевременной отслойке плаценты c) к перенашиванию беременности d) к преждевременным родам
35 ОПК-8 ОПК-13	Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет	a) 5-7 часов b) 12-14 часов c) 8-10 часов d) 2-4 часа
36 ОПК-8 ОПК-13	В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через	a) 20 недель b) 10 недель c) 16 недель d) 8 недель
37 ОПК-8 ОПК-13	При избыточном увеличении массы тела женщины во второй половине беременности, вероятнее всего, следует заподозрить	a) многоводие b) крупный плод c) гестоз d) многоплодие
38 ОПК-8 ОПК-13	Эмбриогенез заканчивается	a) на 8-й неделе развития плода b) на 4-й неделе развития плода c) на 6-й неделе развития плода d) на 12-й неделе развития плода
39 ОПК-8 ОПК-13	Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через	a) пупочную артерию b) плацентарные перегородки c) спиральные артерии d) маточную артерию
40 ОПК-8 ОПК-13	Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев	a) На 2 b) На 4 c) На 3 d) На 5
41 ОПК-8 ОПК-13	Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности	a) 16-20 недель b) 26-36 недель c) 22-24 недели d) 38-40 недель
42 ОПК-8 ОПК-13	В 28 недель беременности плод имеет массу тела	a) 500 г b) 1000 г c) 1400 г d) 1800 г
43 ОПК-8 ОПК-13	Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей, как правило, составляет	a) 5-7 ч. b) 6-8 ч. c) 10-12 ч. d) 3-5 ч.
44 ОПК-8 ОПК-13	Бипариетальный размер головки доношенного плода составляет	a) 11-12 см b) 7-8 см c) 9-10 см d) 13-14 см
45 ОПК-8 ОПК-13	Первый период физиологических родов заканчивается всегда	a) излитием околоплодных вод b) возникновением потуг c) полным раскрытием шейки

		матки d) через 6-8 ч от начала регулярных схваток
46 ОПК-8 ОПК-13	Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем	a) увеличение содержания эстрогенов b) снижения содержания эстрогенов c) увеличения секреции пролактина d) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
47 ОПК-8 ОПК-13	В 28 недель гестационного возраста длина плода равна	a) 35 см b) 24 см c) 30 см d) 18 см
48 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее частым осложнением беременности во втором триместре является	a) вторичная плацентарная недостаточность b) преждевременное созревание плаценты c) запоздалое созревание плаценты d) сочетанные формы гестоза
49 ОПК-8 ОПК-13	При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометральный кровоток	a) снижается b) возрастает c) не изменяется d) временно прекращается
50 ОПК-8 ОПК-13	Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается	a) в усилении надпочечниками плода продукции кортизола b) в снижении выработки прогестерона тканями плаценты c) в повышении продукции тиреотропного гормона у плода d) в усиленной продукции гистамина тканями плаценты
51 ОПК-8 ОПК-13	Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся	a) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода b) с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения c) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов d) с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения
52 ОПК-8 ОПК-13	Термин изоиммунизация означает	a) стимуляцию иммунитета b) подавление иммунитета c) образование антител d) снижение реактивности организма
53	В нашей стране за критерий жизнеспособности плода	a) 20 недель

ОПК-8 ОПК-13	(новорожденного) принимается срок беременности	b) 22 недель c) 26 недель d) 28 недель
54 ОПК-8 ОПК-13	Ультразвуковая оценка II степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недели c) 34-37 недель d) 38-40 недель
55 ОПК-8 ОПК-13	Наличие децелераций на кардиотокограмме, как правило, свидетельствует	a) о нормальном состоянии плода b) о гипоксии плода c) об инфицировании плода d) о спинномозговой грыже у плода
56 ОПК-8 ОПК-13	Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного	a) доношенного b) недоношенного c) передоношенного d) с внутриутробной задержкой роста
57 ОПК-8 ОПК-13	Если в течение 15 мин ИВЛ у новорожденного не наступило самостоятельное дыхание или не повысилось количество баллов по шкале Апгар свыше 1, следует	a) внутрисердечно ввести адреналин b) начать непрямой массаж сердца c) прекратить реанимационные мероприятия d) применить краниocereбральную гипотермию (КЦГ)
58 ОПК-8 ОПК-13	Наименьший рост жизнеспособного плода составляет	a) 30 см b) 32 см c) 35 см d) 50 см
59 ОПК-8 ОПК-13	Ультразвуковая оценка III степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недели c) 34-37 недель d) 38-40 недель
60 ОПК-8 ОПК-13	При ведении преждевременных родов в тазовом предлежании показано применение пособия по Цовьянову	a) да b) нет c) только при чисто ягодичном предлежании d) при ножном предлежании
61 ОПК-8 ОПК-13	При гипоксии плода ацидоз плазмы крови	a) нарастает b) снижается c) существенно не изменяется d) изменяется также как в эритроцитах
62 ОПК-8 ОПК-13	У здорового новорожденного регулярное дыхание должно установиться не позднее, чем через	a) 60 с b) 90 с c) 120 с d) 5 мин после рождения
63 ОПК-8 ОПК-13	Концентрация $\alpha$ -фетопротеина повышается	a) при нормальном развитии плода b) при дефектах развития нервной трубки плода c) при пороках развития почек плода d) при пороках развития матки
64	Наименьшая масса тела жизнеспособного плода	a) 500 г

ОПК-8 ОПК-13	составляет	b) 600 г c) 800 г d) 1000 г
65 ОПК-8 ОПК-13	Если через 6 месяцев после родов в крови нет противорезусных антител, можно считать, что специфическая профилактика эффективна	a) нет b) да c) в зависимости от осложнений d) в зависимости от паритета родов
66 ОПК-8 ОПК-13	Ультразвуковая оценка 0 степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недели c) 34-37 недель d) 38-40 недель
67 ОПК-8 ОПК-13	При переносенной беременности частота гестоза	a) повышается b) снижается c) не изменяется d) как в общей популяции
68 ОПК-8 ОПК-13	Ультразвуковая оценка I степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недель c) 34-37 недель d) 38-40 недель
69 ОПК-8 ОПК-13	Выделительная функция почек у плода при переносенной беременности	a) повышена b) не изменена c) понижена d) как в общей популяции
70 ОПК-8 ОПК-13	После первой беременности частота иммунизации у резус-отрицательных женщин составляет	a) 10% b) 30 % c) 50% d) 100%
71 ОПК-8 ОПК-13	Стойкое повышение базальной частоты сердечных сокращений плода до 180 в минуту и более при головном предлежании	a) всегда считается признаком гипоксии плода b) диагностического значения не имеет c) не связано с гипоксией плода d) свидетельствует о пороке развития плода
72 ОПК-8 ОПК-13	В системе гемостаза у переносенного новорожденного происходит	a) гиперкоагуляция b) гипокоагуляция c) выраженные изменения отсутствуют d) активизируется только сосудисто-тромбоцитарное звено
73 ОПК-8 ОПК-13	Искусственная ротация головки при фиксированном плечевом поясе может вызвать следующую родовую травму плода	a) перелом ключицы b) перелом плеча c) травму спинного мозга и/или позвоночника d) перелом ребер
74 ОПК-8 ОПК-13	Частота гемолитической болезни плода обычно составляет	a) 0,3-0,7% b) 3-7% c) 10% d) 15%
75 ОПК-8 ОПК-13	Нормальной реакцией плода на задержку дыхания у матери является	a) учащение частоты сердечных сокращений b) урежение частоты сердечных сокращений

		<p>с) вначале учащение, а затем урежение</p> <p>д) в начале урежение. а затем учащение</p>
76 ОПК-8 ОПК-13	Гормональная функция плаценты при переносимой беременности	<p>а) снижена</p> <p>б) повышена</p> <p>с) не изменена</p> <p>д) изменяется индивидуально</p>
77 ОПК-8 ОПК-13	Снижение variability базального ритма (частоты сердечных сокращений плода) при оценке кардиотокограммы	<p>а) свидетельствует о гипоксии плода</p> <p>б) свидетельствует об отсутствии гипоксии плода</p> <p>с) не является существенным признаком</p> <p>д) отражает задержку развития плода</p>
78 ОПК-8 ОПК-13	В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной	<p>а) 120-160 в минуту</p> <p>б) 110-150 в минуту</p> <p>с) 100-180 в минуту</p> <p>д) более 200 в минуту</p>
79 ОПК-8 ОПК-13	О критическом состоянии плода свидетельствует	<p>а) однонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах</p> <p>б) разнонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах</p> <p>с) ни то, ни другое</p> <p>д) и то, и другое</p>
80 ОПК-8 ОПК-13	Введение раствора глюкозы используют	<p>а) при отсутствии спонтанного дыхания</p> <p>б) при отсутствии сердцебиения</p> <p>с) на фоне адекватной ИВЛ</p> <p>д) ни при чем из перечисленного</p>
81 ОПК-8 ОПК-13	Для нормализации обменных процессов у плода и стимуляции окислительных реакций цикла Кребса применяют	<p>а) глюкозу (5-10%) раствор с инсулином</p> <p>б) токолитики</p> <p>с) спазмолитики</p> <p>д) седативные препараты</p>
82 ОПК-8 ОПК-13	Дексаметазон показан для лечения угрозы прерывания беременности при гиперандрогении следующего генеза:	<p>а) только надпочечникового</p> <p>б) надпочечникового и смешанного</p> <p>с) яичникового</p> <p>д) при генитальном инфантилизме</p>
83 ОПК-8 ОПК-13	У переносимого новорожденного из перечисленного не отмечается	<p>а) увеличение окружности головки</p> <p>б) длинные ногти</p> <p>с) наличие пушковых волос</p> <p>д) вторичная гипотрофия</p>
84 ОПК-8 ОПК-13	При истинном перенашивании беременности (плод в состоянии хронической гипоксии) целесообразна следующая тактика ведения родов:	<p>а) родовозбуждение и родостимуляция внутривенным введением окситоцина</p> <p>б) во втором периоде - акушерские щипцы</p> <p>с) во втором периоде - вакуум-</p>

		экстракция плода d) родоразрешение операцией кесарева сечения
85 ОПК-8 ОПК-13	Неблагоприятный прогноз для плода вероятен при следующих показателях:	a) тахикардия b) pH – 7,35 c) экстрасистолия d) ранние децелерации
86 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является все, кроме:	a) нарастание титра антител b) "скачущий титр антител" c) наличие "неполных" антител d) неизменное значение титра антител
87 ОПК-8 ОПК-13	Зрелым легким плода соответствует отношение лецитин/сфингомиелин:	a) 1:1 b) 1:2 c) 4:1 d) 2:1
88 ОПК-8 ОПК-13	Желтушная форма гемолитической болезни новорожденных не характеризуется:	a) гепатоспленомегалией b) анемией c) асцитом d) желтухой
89 ОПК-8 ОПК-13	При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют:	a) чистым кислородом b) смесью 80-60% кислорода и воздуха c) гелио-кислородной смесью (1:1) d) только воздухом
90 ОПК-8 ОПК-13	Раствор гидрокарбоната натрия не может вызвать у новорожденного:	a) внутрижелудочковое кровоизлияние b) снижение осмотического давления плазмы крови c) некроз клеток печени d) повреждение эндотелия сосудов
91 ОПК-8 ОПК-13	Причинами синдрома дыхательных расстройств у плода не является:	a) родовая травма ЦНС b) пороки развития сердца c) пороки развития диафрагмы d) роды в тазовом предлежании
92 ОПК-8 ОПК-13	Показанием к кесареву сечению не является:	a) полное предлежание плаценты b) поперечное положение плода c) тазовое предлежание плода d) выпадение петель пуповины
93 ОПК-8 ОПК-13	Исследование околоплодных вод во время беременности путем амниоцентеза выполняется после:	a) 8 недели беременности b) 10 недели беременности c) 12 недели беременности d) 16 недели беременности
94 ОПК-8 ОПК-13	Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных не определяют в крови	a) гемоглобин и количество эритроцитов b) почасовой прирост билирубина c) уровень мочевой кислоты d) резус-принадлежность крови

95 ОПК-8 ОПК-13	При наличии разнояйцевой многоплодной беременности зрелость плодов определяется	a) по массе наиболее крупного плода b) по массе наименее крупного плода c) по признакам зрелости у каждого плода отдельно d) по признакам зрелости наименее крупного плода
96 ОПК-8 ОПК-13	Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного главным образом обусловлена	a) его массой b) его ростом c) гестационным возрастом новорожденного d) степенью незрелости новорожденного
97 ОПК-8 ОПК-13	Признаками гипоксии плода на кардиотоахограмме не являются	a) снижение variability частоты сердечных сокращений b) поздние децелерации c) брадикардия d) ранние децелерации
98 ОПК-8 ОПК-13	Из средств, влияющих на реокоагуляционные свойства крови, для лечения плацентарной недостаточности не применяют	a) трентал b) курантил c) дексаметазон d) но-шпу
99 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее частыми причинами позднего выкидыша не является:	a) истмико-цервикальная недостаточность b) плацентарная недостаточность c) хромосомные аномалии плода d) низкая плацентация
100 ОПК-8 ОПК-13	Особенности ведения родов при перенашивании беременности не будут включать:	a) при тазовом предлежании плода - поворот на головку b) амниотомия и родовозбуждение c) своевременная диагностика клинически узкого таза d) применение спазмолитиков
101 ОПК-8 ОПК-13	Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается	a) в теле матки b) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев c) в нижнем сегменте матки d) по задней стенке матки
102 ОПК-8 ОПК-13	Развитию низкой плацентации не способствуют следующие изменения	a) воспалительные b) дистрофические c) пролиферативные d) рубцовые
103 ОПК-8 ОПК-13	При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано	a) путем кесарева сечения b) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией c) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции d) произвести поворот на ножку плода

104 ОПК-8 ОПК-13	Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не характерно появление	a) болей в животе b) полиурии c) анемии d) асимметрии матки
105 ОПК-8 ОПК-13	При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование	a) в зависимости от кровопотери b) в зависимости от состояния родильницы c) обязательно d) не обязательно
106 ОПК-8 ОПК-13	Третья стадия геморрагического шока (необратимый шок) развивается	a) вслед за децентрализацией кровообращения b) вслед за централизацией кровообращения
107 ОПК-8 ОПК-13	Для полного истинного приращения плаценты характерно	a) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода b) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода c) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде d) несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей
108 ОПК-8 ОПК-13	Низкое центральное венозное давление, как правило, свидетельствует	a) угроза отека легких b) повышение ОЦК c) снижение ОЦК d) гипотонии
109 ОПК-8 ОПК-13	Для острой формы ДВС-синдрома не характерна фаза:	a) гипокоагуляции b) скоротечной гиперкоагуляции c) коагулопатии потребления d) длительно существующей гиперкоагуляции
110 ОПК-8 ОПК-13	Расположение плаценты следует считать низким, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева	a) на 5-6 см b) на 11-12 см c) на 9-10 см d) на 7-8 см
111 ОПК-8 ОПК-13	Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно	a) радиоизотопную сцинтиграфию b) ультразвуковое сканирование c) тепловидение d) доплерографию
112 ОПК-8 ОПК-13	У повторно беременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Что делать?	a) применение токолитиков b) ранняя амниотомия и родовозбуждение c) ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков d) Кесарево сечение
113 ОПК-8 ОПК-13	Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести	a) Кесарево сечение b) родовозбуждение c) раннюю амниотомию

		d) токолиз
114 ОПК-8 ОПК-13	Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации	a) внутреннее акушерское исследование b) наружное акушерское исследование c) ультразвуковое сканирование d) кольпоскопия
115 ОПК-8 ОПК-13	Прогноз развития шеечно-перешеечной беременности, как правило	a) значительно чаще прерывается во второй половине беременности b) значительно чаще прерывается в первой половине беременности c) одинаково часто прерывается и в первой и во второй половинах беременности d) прерывание беременности наступает только во время операции медаборта
116 ОПК-8 ОПК-13	При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона, как правило	a) в базальный слой слизистой оболочки b) в спонгиозный слой слизистой оболочки c) в компактный слой слизистой оболочки d) в миометрий
117 ОПК-8 ОПК-13	При кровопотере, равной 20-25% от ОЦК, шоковый индекс обычно	a) 0,6 b) 0,8 c) 1,0 d) 1,2
118 ОПК-8 ОПК-13	Ингибитором гепарина является	a) протамина-сульфат b) антитромбин-III c) фибринолизин d) аспирин
119 ОПК-8 ОПК-13	Факторами, обуславливающими "миграцию" плаценты, являются	a) растяжения нижнего сегмента матки b) перемещения ворсин хориона по базальной мембране матки c) перемещения слоев миометрия в процессе беременности d) атрофии нижней части плаценты
120 ОПК-8 ОПК-13	Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании	a) сопутствующая экстрагенитальная патология b) состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта) c) предлежание плода (головное, тазовое) d) разновидность предлежания (полное, неполное)
121	При массивном кровотечении во время операции	a) экстирпация матки

ОПК-8 ОПК-13	кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика	b) повторное применение препаратов утеротонического действия c) надвлагалищная ампутация матки d) применение простенона в толщу миометрия
122 ОПК-8 ОПК-13	Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется	a) длительной гипотонией b) сильными болями внизу живота c) обильным кровотечением d) гибелью плода
123 ОПК-8 ОПК-13	Ретракция кровяного сгустка в норме равна	a) 1-21% b) 22-43% c) 44-65% d) 66-87%
124 ОПК-8 ОПК-13	"Миграция" плаценты происходит наиболее часто, если плацента	a) передней b) задней c) правой d) левой
125 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является	a) ранний токсикоз беременных b) поздний гестоз c) диабет d) пороки развития матки
126 ОПК-8 ОПК-13	Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует	a) произвести кесарево сечение b) наложить акушерские щипцы c) применить вакуум-экстракцию плода d) Продолжить вести роды консервативно под тщательным наблюдением за состоянием плода
127 ОПК-8 ОПК-13	При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне физиологической	a) внутримышечное введение питуитрина b) одномоментное внутривенное введение окситоцина c) капельное внутривенное введение метилэргометрина d) ручное отделение плаценты
128 ОПК-8 ОПК-13	Шоковый индекс - это	a) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД b) частное от деления частоты пульса на показатель систолического c) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса d) Частное от деления систолического давления на диастолическое
129	Критическим уровнем систолического артериального	a) 60 мм.рт.ст.

ОПК-8 ОПК-13	давления	b) 50 мм.рт.ст. c) 70 мм.рт.ст. d) 80 мм.рт.ст.
130 ОПК-8 ОПК-13	При лечении гепарином родильницы с ДВС-синдромом необходимо обязательное назначение	a) инфузии свежемороженой плазмы b) аспирина 0.5 г x 2-3 раза в день c) аспирина по 1/4 таблетки x 2-3 раза в день d) транексама
131 ОПК-8 ОПК-13	При позднем гестозе III степени не отмечаются следующие изменения	a) увеличения содержания натрия и уменьшения содержания калия b) уменьшения содержания натрия и увеличения содержания калия c) уменьшения содержания калия в эритроцитах d) верно a) и c)
132 ОПК-8 ОПК-13	При эклампсии содержание простагландинов плодового происхождения	a) повышено b) снижено c) существенно не изменено d) значительно повышено
133 ОПК-8 ОПК-13	Проницаемость сосудистой стенки при позднем гестозе	a) повышено b) снижено c) существенно не изменено d) значительно повышено
134 ОПК-8 ОПК-13	Острый жировой гепатоз при беременности чаще всего является следствием	a) острого холецистита b) острого панкреатита c) тяжелого течения позднего гестоза d) верно a) и c)
135 ОПК-8 ОПК-13	Беременная в сроке 34 недели перенесла дома приступ эклампсии. При поступлении в родильный дом АД - 150/100 мм рт. ст. Предполагаемая масса плода - 1500 г. Пастозность лица и голени. Белок в моче – 0,66%. Родовые пути к родам не готовы. Начата интенсивная комплексная терапия. Правильная врачебная тактика:	a) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 1-2 b) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 3-4 c) начать родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов d) родоразрешение путем операции кесарева сечения
136 ОПК-8 ОПК-13	Для хронического гломерулонефрита в отличие от хронического пиелонефрита (у беременных) не характерно перечисленное:	a) микрогематурия b) снижение клубочковой фильтрации c) цилиндрурия d) пиурия
137 ОПК-8 ОПК-13	Выраженные изменения на глазном дне наиболее характерны:	a) для гипертонической болезни b) для водянки беременных c) для почечнокаменной болезни d) для поликистоза почек
138 ОПК-8 ОПК-13	Для профилактики развития позднего гестоза у женщины с массой тела 70 кг рекомендуется а сутки углеводов:	a) 200-300 г b) 350-400 г c) 500-600 г

		d) 100-150 г
139 ОПК-8 ОПК-13	Применение гепарина показано при лечении беременных:	a) с эклампсией b) с преэклампсией c) с плацентарной недостаточностью на фоне позднего гестоза d) верно а) и c)
140 ОПК-8 ОПК-13	Величина весо-ростового коэффициента (ВРК), равная 40%, при беременности соответствует конституции:	a) гипостенической b) нормостенической c) гиперстенической d) ожирению II степени
141 ОПК-8 ОПК-13	Применение диуретических препаратов для лечения больных с поздним	a) при анурии b) при высокой гипертензии (180/100 мм рт. ст. и выше) c) при тромбозе d) при всем перечисленном
142 ОПК-8 ОПК-13	При назначении лечения беременной с поздним гестозом не учитывают	a) срок беременности b) состояние матери и плода c) длительность течения позднего гестоза d) наличие страхового полиса
143 ОПК-8 ОПК-13	Поздний гестоз - это осложнение, возникающее	a) только во время беременности b) при высоком содержании в организме пролактина и тромбосана c) при хориокарциоме d) при всем перечисленном
144 ОПК-8 ОПК-13	При лечении беременной с поздним гестозом суточную дозу гепарина рассчитывают следующим образом: на 1 кг массы тела женщины необходимо гепарина:	a) 350 ЕД b) 1 тыс. ЕД c) 3 тыс. ЕД d) 5 тыс. ЕД
145 ОПК-8 ОПК-13	При позднем гестозе имеет место	a) гиперкоагуляция b) дегидратация тканей c) возрастание количества тромбоцитов; d) повышение эластичности мембраны эритроцитов
146 ОПК-8 ОПК-13	Вопрос об акушерской тактике при интенсивной терапии тяжелых форм гестоза	a) в течение нескольких часов; b) в течение 1 сут; c) в течение 3 сут; d) в течение 7 сут
147 ОПК-8 ОПК-13	Простаглицлины на тромбоциты влияют следующим образом	a) повышают агрегацию b) снижают агрегацию c) верно и то, и другое d) не верно ни то, ни другое
148 ОПК-8 ОПК-13	Диурез при "чистом" позднем гестозе беременных, главным образом зависит	a) от канальцевой реабсорбции b) от изменений почечной паренхимы c) от клубочковой фильтрации d) верно а) и c)
149 ОПК-8 ОПК-13	К патогенетическим механизмам позднего гестоза относится	a) гиперволемиа b) гиповолемиа c) и то, и другое d) ни то, ни другое

150 ОПК-8 ОПК-13	Для острого жирового гепатоза не характерно перечисленное:	а) резкого повышения содержания трансаминаз крови (АЛТ, АСТ b) гипопроотеинемии c) гипербилирубинемии d) выраженной изжоги
151 ОПК-8 ОПК-13	Беременность 37 недель. Гестоз средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода - 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо	а) пролонгировать беременность на 1-2 недели b) начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов c) провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре d) произвести родоразрешение путем кесарева сечения
152 ОПК-8 ОПК-13	Удельный вес мочи при гестационном пиелонефрите, как правило:	а) повышен b) снижен c) не изменен d) значительно снижен
153 ОПК-8 ОПК-13	Гипертрофия и признаки перегрузки левого желудочка наиболее характерны	а) для гипертонической болезни b) для водянки беременных c) для гломерулонефрита d) для пиелонефрита
154 ОПК-8 ОПК-13	При тяжелой преэклампсии следует	а) срочно произвести родоразрешение b) срочно произвести гемотрансфузию c) немедленно произвести плазмаферез d) подготовить к родоразрешению через 2-3 дня
155 ОПК-8 ОПК-13	Критерием тяжести позднего гестоза не является:	а) длительность заболевания b) количество околоплодных вод c) неэффективность проводимой терапии d) синдром задержки развития плода
156 ОПК-8 ОПК-13	Осложнением эклампсии не является:	а) острая почечная недостаточность b) гибель плода c) первичная слабость родовой деятельности d) маточно-плацентарная апоплексия
157 ОПК-8 ОПК-13	Начало развития гестоза при его легком течении, как правило, имеет	а) в 20-22 недели b) в 26-28 недель c) в 30-32 недели d) в 35-36 недель
158 ОПК-8 ОПК-13	Для гестоза не характерно:	а) гипертензия b) снижение активности АСТ и АЛТ c) гипотрофия плода

		d) протеинурия
159 ОПК-8 ОПК-13	Какие формы экстрагенитальной патологии не являются факторами риска	a) артериальная гипертензия b) пиелонефрит c) язвенная болезнь желудка d) сахарный диабет
160 ОПК-8 ОПК-13	Пусковые моментом развития гестоза не является:	a) нарушение иммунологической толерантности матери против b) недостаточное образование в плаценте цитокинов с иммунодепрессорным действием c) избыточное образование в плаценте цитокинов с иммунодепрессорным действием d) нарушение инвазии цитотрофобласта в децидуальную оболочку
161 ОПК-8 ОПК-13	Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению	a) все размеры уменьшены на 0,5-1 см b) хотя бы один размер уменьшен на 0,5-1 см c) все размеры уменьшены на 1,5-2 см d) хотя бы один размер уменьшен на 1,5-2 см
162 ОПК-8 ОПК-13	Указанные особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз; некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз; асинклитическое вставление головки плода (чаще задне-теменной асинклитизм) – характерны для следующей формы анатомически узкого таза	a) простого плоского b) плоско-рахитического c) общеравномерно-суженного d) поперечносуженного
163 ОПК-8 ОПК-13	Если анатомически узкий таз сочетается с передне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести	a) со стимуляцией окситоцином b) со спазмолитиками c) в зависимости от формы анатомически узкого таза d) в зависимости от роста роженицы
164 ОПК-8 ОПК-13	При поперечном положении плода и открытии шейки матки на 6 см следует	a) произвести наружный поворот плода на головку b) предоставить сон-отдых на 1-2 часа c) ввести спазмолитики d) произвести кесарево сечение
165 ОПК-8 ОПК-13	Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью	a) малому косому размеру b) среднему косому размеру c) большому косому размеру d) прямому размеру
166 ОПК-8 ОПК-13	В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации, как правило, является	a) подъязычная кость b) верхняя челюсть c) подзатылочная ямка d) переносица
167	При тазовом предлежании доношенного плода худший	a) при чисто ягодичном

ОПК-8 ОПК-13	прогноз, как правило, имеет место	предлежании b) при ножном предлежании c) при смешанном ягодичном предлежании d) при разогнутой головке плода
168 ОПК-8 ОПК-13	При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения	a) амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина b) кесарево сечение в плановом порядке c) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец d) роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков
169 ОПК-8 ОПК-13	Полное ножное предлежание плода характеризуется следующим	a) одна ножка разогнута в тазобедренном суставе и предлежит b) другая ножка согнута в тазобедренном суставе и вытянута вдоль туловища c) предлежат ножки плода вместе с ягодичами d) предлежат только ножки плода
170 ОПК-8 ОПК-13	Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют	a) ультразвуковое исследование b) рентгенологическое исследование c) радиоизотопную сцинтиграфию d) анализ крови на $\beta$ -ХГЧ
171 ОПК-8 ОПК-13	Дистоция шейки матки - это	a) ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений травматического характера b) ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений воспалительного характера c) нарушение крово- и лимфообращения из-за дискоординированного характера сокращений матки d) отсутствие эффекта от родовозбуждения
172 ОПК-8 ОПК-13	К основным факторам рождения крупного плода следует отнести	a) сахарный диабет b) артериальную гипотонию c) резус-сенсбилизацию d) поздний возраст беременной
173 ОПК-8 ОПК-13	С целью токолиза применяют:	a) окситоцин b) миропристон c) дротаверин d) гинипрал

174 ОПК-8 ОПК-13	Правильным членорасположением плода является:	<p>a) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто</p> <p>b) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто</p> <p>c) головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто</p> <p>d) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных суставах и коленных</p>
175 ОПК-8 ОПК-13	Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные	<p>a) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером</p> <p>b) первый момент – сгибание головки</p> <p>c) ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками</p> <p>d) точка фиксации у нижнего края лобковой дуги – надпереносье</p>
176 ОПК-8 ОПК-13	Характерным для биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе является:	<p>a) асинклитическое вставление</p> <p>b) расположение стреловидного шва в косом размере плоскости входа</p> <p>c) разгибание головки во входе в малый таз</p> <p>d) максимальное сгибание головки</p>
177 ОПК-8 ОПК-13	Для родов при I степени клинически узкого таза (относительное несоответствие) не	<p>a) биомеханизм родов соответствует форме таза</p> <p>b) длительность родового акта больше обычной</p> <p>c) симптом Вастена отрицательный</p> <p>d) прекращение мочеиспускания</p>
178 ОПК-8 ОПК-13	Функциональную оценку таза следует проводить	<p>a) в I периоде родов</p> <p>b) во II периоде родов</p> <p>c) после излития околоплодных вод</p> <p>d) период родов значения не имеет</p>
179 ОПК-8	Запущенное поперечное положение плода - это такая акушерская ситуация, которую не характеризует:	<p>a) выпадение ручки плода</p> <p>b) вколачивание в таз плечика</p>

ОПК-13		<p>плода</p> <p>c) отхождение вод</p> <p>d) выпадение петель пуповины</p>
180 ОПК-8 ОПК-13	<p>При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее долихоцефалическая ("башенная") конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании</p>	<p>a) затылочном, задний вид</p> <p>b) переднеголовном</p> <p>c) лобном</p> <p>d) лицевом</p>
181 ОПК-8 ОПК-13	<p>Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт. Ст., пульс 90 в 1 мин, температура тела 37с. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом "зрачка" отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная. Придатки с</p>	<p>a) дисфункциональное маточное кровотечение</p> <p>b) нарушенная внематочная беременность</p> <p>c) воспаление придатков матки</p> <p>d) неполный аборт</p>
182 ОПК-8 ОПК-13	<p>При операции извлечения плода за паховый сгиб палец акушера вводят</p>	<p>a) в передний паховый сгиб</p> <p>b) в задний паховый сгиб</p> <p>c) принципиального значения не имеет</p> <p>d) зависит от нахождения ягодиц в той или иной плоскости малого таза</p>
183 ОПК-8 ОПК-13	<p>Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования угрожающего выкидыша:</p>	<p>a) шейка сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения серозные</p> <p>b) шейка размягчена, укорочена, пролабирует плодный пузырь</p> <p>c) шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки раскрыт, нижний полюс плодного яйца определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения</p> <p>d) шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения слизистые</p>
184 ОПК-8 ОПК-13	<p>Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования начавшегося выкидыша:</p>	<p>a) шейка сохранена, размягчена, выделения из половых путей кровянистые, умеренные</p> <p>b) шейка размягчена, укорочена, пролабирует плодный пузырь</p> <p>c) шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки раскрыт, нижний полюс плодного яйца определяется во влагалище, обильные</p>

		<p>кровянистые выделения</p> <p>d) шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения слизистые</p>
185 ОПК-8 ОПК-13	Наложение акушерских щипцов с целью выключения 2 периода родов производится:	<p>a) без обезболивания</p> <p>b) под интубационным наркозом</p> <p>c) под внутривенным обезболиванием</p> <p>d) под местным обезболиванием</p>
186 ОПК-8 ОПК-13	В настоящее время чаще выполняется:	<p>a) корпоральное кесарево сечение</p> <p>b) кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте</p> <p>c) экстраперитонеальное кесарево сечение</p> <p>d) Т-образный разрез на матке</p>
187 ОПК-8 ОПК-13	При выведении последующей головки по методу Мориссо-Левре не производится:	<p>a) сгибания головки плода</p> <p>b) коррекции вида плода</p> <p>c) тракций</p> <p>d) заведение указательного пальца в ротовую полость плода</p>
188 ОПК-8 ОПК-13	Об острой внутриутробной асфиксии плода свидетельствует:	<p>a) мутные с неприятным запахом околоплодные воды</p> <p>b) появление в околоплодных водах мекония</p> <p>c) многоводие</p> <p>d) маловодие</p>
189 ОПК-8 ОПК-13	После рождения первого плода массой 2200 в матке обнаружен второй в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 в минуту, воды второго плода не изливались. Определите акушерскую тактику:	<p>a) выполнение комбинированного акушерского поворота</p> <p>b) амниотомия и выжидательное ведение родового акта</p> <p>c) абдоминальное завершение родов</p> <p>d) амниотомия, родостимуляция</p>
190 ОПК-8 ОПК-13	При клинически узком тазе показано:	<p>a) наложение акушерских щипцов</p> <p>b) родостимуляция</p> <p>c) кесарево сечение</p> <p>d) вакуум-экстракция плода</p>
191 ОПК-8 ОПК-13	Для профилактики тромбоэмболических осложнений после неосложненной операции кесарева сечения молодой соматически здоровой женщине назначается:	<p>a) длительный постельный режим</p> <p>b) массивная гепаринотерапия</p> <p>c) ранняя активизация в послеоперационном периоде</p> <p>d) эластическая компрессия нижних конечностей в послеоперационном периоде</p>
192	При разрыве промежности II степени не происходит	a) нарушения задней спайки

ОПК-8 ОПК-13		<ul style="list-style-type: none"> <li>b) повреждения стенок влагалища</li> <li>c) повреждения мышц промежности</li> <li>d) повреждения наружного сфинктера прямой кишки</li> </ul>
193 ОПК-8 ОПК-13	Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) болезненности нижнего сегмента матки</li> <li>b) сильной родовой деятельности</li> <li>c) затруднения мочеиспускания</li> <li>d) отека шейки матки</li> </ul>
194 ОПК-8 ОПК-13	Для клинической картины разрыва шейки матки характерно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) периодически повторяющееся кровотечение из половых путей</li> <li>b) гипотония матки</li> <li>c) ДВС-синдром</li> <li>d) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке</li> </ul>
195 ОПК-8 ОПК-13	Симптомом угрозы разрыва промежности не является:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) выпячивание промежности</li> <li>b) цианоз или побледнение промежности</li> <li>c) отек промежности</li> <li>d) опалесцирующая поверхность промежности</li> </ul>
196 ОПК-8 ОПК-13	Органосохраняющая операция при разрыве матки невозможна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) при линейной небольшой ране на матке</li> <li>b) при наличии мертвого плода</li> <li>c) при обширной разможенной ране на матке</li> <li>d) при кровопотере более 1000 мл</li> </ul>
197 ОПК-8 ОПК-13	При длительном стоянии головки плода в одной плоскости малого таза наиболее возможно:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) разрыв крестцово-подвздошного сочленения</li> <li>b) образование пузырно-влагалищного свища</li> <li>c) разрыв шейки матки</li> <li>d) формирование хронической кишечной непроходимости</li> </ul>
198 ОПК-8 ОПК-13	Об угрожающем разрыве матки не свидетельствует:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) отсутствие нарушения сократительной деятельности матки</li> <li>b) матка в форме песочных часов</li> <li>c) перерастянутый и истонченный нижний маточный сегмент</li> <li>d) жалобы на локальную болезненность в области рубца</li> </ul>
199 ОПК-8 ОПК-13	Органосохраняющая операция при разрыве матки возможна:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) при линейной ране в теле матки</li> <li>b) при отрыве матки от сводов</li> </ul>

		<p>c) при обширной разможенной ране на матке</p> <p>d) при матке Кювелера</p>
200 ОПК-8 ОПК-13	Разрыв влагалища чаще бывает при:	<p>a) преждевременных родах</p> <p>b) перенесенном кольпите</p> <p>c) у многорожавших</p> <p>d) при ожирении</p>
<b>ГИНЕКОЛОГИЯ</b>		
201 ОПК-8 ОПК-13	Обязательный минимум обследований гинекологических больных включает в себя	<p>a) кольпоскопию</p> <p>b) анализы крови и мочи</p> <p>c) определение группы крови и резус-фактора</p> <p>d) все ответы верные</p>
202 ОПК-8 ОПК-13	В профилактический осмотр женщин не входит	<p>a) цитологический скрининг на наличие атипичных клеток шейки матки</p> <p>b) маммография</p> <p>c) УЗИ органов малого таза</p> <p>d) УЗИ почек</p>
203 ОПК-8 ОПК-13	Ко II группе состояния здоровья относятся женщины	<p>a) не нуждающиеся в диспансерном наблюдении</p> <p>b) с риском возникновения патологии репродуктивной системы</p> <p>c) нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях</p> <p>d) нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара</p>
204 ОПК-8 ОПК-13	Сколько групп диспансерного наблюдения	<p>a) 3</p> <p>b) 4</p> <p>c) 5</p> <p>d) 6</p>
205 ОПК-8 ОПК-13	Вторую диспансерную группу составляют женщины	<p>a) с хроническими заболеваниями, доброкачественными</p> <p>b) с гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы,</p>

		<p>фоновыми заболеваниями шейки матки</p> <p>с) с врожденными аномалиями развития и положения гениталий</p> <p>d) с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие)</p>
206 ОПК-8 ОПК-13	Первую диспансерную группу составляют женщины	<p>a) с хроническими заболеваниями, доброкачественными</p> <p>b) с гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки</p> <p>с) с врожденными аномалиями развития и положения гениталий</p> <p>d) верно a и b</p>
207 ОПК-8 ОПК-13	Социальным показанием к прерыванию беременности не является	<p>a) беременность в результате изнасилования</p> <p>b) Желание женщины</p> <p>с) Незарегистрированный брак</p> <p>d) Расторжение брака во время беременности</p>
208 ОПК-8 ОПК-13	Искусственное прерывание беременности не проводят	<p>a) несовершеннолетним младше 15 лет</p> <p>b) несовершеннолетним, больным наркоманией младше 16 лет</p> <p>с) несовершеннолетним, младше 18 лет</p> <p>d) проводится всем на основе добровольного информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя</p>
209 ОПК-8 ОПК-13	Третью диспансерную группу составляют женщины	<p>a) с хроническими заболеваниями, доброкачественными</p> <p>b) с гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки</p> <p>с) с врожденными</p>

		аномалиями развития и положения гениталий d) с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие)
210 ОПК-8 ОПК-13	Функции гинекологического отделения	a) оказание медицинской помощи женщинам с заболеваниями органов репродуктивной системы в стационарных условиях b) оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности c) верного ответа нет d) верно a и b
211 ОПК-8 ОПК-13	Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным не является	a) профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний b) оказание медицинской помощи при неотложных состояниях c) санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни d) диспансерное наблюдение беременных женщин
212 ОПК-8 ОПК-13	Оказание амбулаторной гинекологической помощи осуществляется в	a) городских и районных женских (женско-детских) консультациях b) гинекологических кабинетах (женских консультациях) медико-санитарных частей на промышленных предприятиях c) и на фельдшерско-акушерских пунктах (под контролем врача) d) все ответы верные
213 ОПК-8 ОПК-13	Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии, как правило, включает этапы	a) обследование женщины в женской консультации; b) стационарное обследование и лечение в

		гинекологическом (урологическом) отделении больницы, профильного НИИ; с) все ответы верные d) верного ответа нет
214 ОПК-8 ОПК-13	Система гинекологической помощи детям и подросткам включает следующие основные этапы	a) работу в дошкольных и школьных учреждениях b) организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста c) организацию выездных бригад медицинской помощи d) верно a и b
215 ОПК-8 ОПК-13	Под периодическими медицинскими осмотрами женщин, как правило, подразумевается осмотр	a) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу b) беременных, состоящих на диспансерном учете c) рабочих и служащих, имеющих в процессе труда дело с вредными факторами производства d) верно a и c
216 ОПК-8 ОПК-13	К I уровню репродуктивной системы относится	a) органы и ткани- мишени b) передняя доля гипофиза c) ЦНС d) яичники
217 ОПК-8 ОПК-13	К III уровню репродуктивной системы относится	a) гипоталамус b) передняя доля гипофиза c) яичники d) ЦНС
218 ОПК-8 ОПК-13	Ко II уровню репродуктивной системы относится	a) яичник b) передняя доля гипофиза c) ЦНС d) гипоталамус
219 ОПК-8 ОПК-13	К IV уровню репродуктивной системы относится	a) яичники b) передняя доля гипофиза c) органы и ткани- мишени d) ЦНС
220 ОПК-8 ОПК-13	К V уровню репродуктивной системы относится	a) яичники b) органы и ткани-мишени c) гипоталамус d) ЦНС
221 ОПК-8 ОПК-13	Супраоптические ядра продуцируют:	a) ингибиторные факторы b) окситоцин c) вазопрессин d) релизинг- факторы

222 ОПК-8 ОПК-13	Паравентрикулярные ядра продуцируют:	a) окситоцин b) вазопрессин c) релизинг- факторы d) ингибиторные факторы
223 ОПК-8 ОПК-13	В передней доле гипофиза не продуцируется гормон	a) АКТГ b) АДГ c) ТТГ d) СТГ
224 ОПК-8 ОПК-13	Развитие фолликула в первой половине цикла осуществляется благодаря тонической секреции	a) ФСГ и ЛГ b) ТТГ c) АКТГ d) АДГ
225 ОПК-8 ОПК-13	Андростендион (андрогены) секретируется	a) в яичниках b) в надпочечниках c) верны оба ответа d) правильного ответа нет
226 ОПК-8 ОПК-13	К парным органам относятся	a) матка b) маточная труба c) шейка матки d) верно b и c
227 ОПК-8 ОПК-13	Стенка влагалища состоит из	a) плотная соединительная ткань и тонкие мышечные волокна b) плотная соединительная и слизистая оболочка c) плотная соединительная ткань, тонкие мышечные волокна и слизистая оболочка d) тонкие мышечные волокна и слизистая оболочка
228 ОПК-8 ОПК-13	Функции влагалища	a) защитная, проводниковая и сексуальная b) защитная и проводниковая c) защитная и сексуальная d) проводниковая и сексуальная
229 ОПК-8 ОПК-13	ФСГ секретируется	a) передней долей гипофиза b) задней долей гипофиза c) гипоталамусом d) верного ответа нет
230 ОПК-8 ОПК-13	К функциям молочной железы не относится	a) секреторная b) эстетическая c) защитная d) сексуальная
231 ОПК-8 ОПК-13	Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит	a) от возраста женщины b) от анатомических особенностей гениталий c) от нарушения правил асептики

		d) от всего перечисленного
232 ОПК-8 ОПК-13	Половой путь передачи инфекции характерен в основном	a) для хламидий b) для вируса простого герпеса c) для трихомонады d) верно a) и c)
233 ОПК-8 ОПК-13	Больным с кистой бартолиновой железы следует рекомендовать	a) УФО b) лечение только в стадию обострения воспалительного процесса c) оперативное лечение – вылушивание кисты бартолиновой железы в стадию ремиссии d) все перечисленное
234 ОПК-8 ОПК-13	К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся	a) стафилококк b) стрептококк c) анаэробы d) все перечисленные
235 ОПК-8 ОПК-13	У больных хроническим эндометритом наблюдаются кровянистые выделения из половых путей	a) предменструальные b) постменструальные c) межменструальные d) верно все перечисленное
236 ОПК-8 ОПК-13	Больным со сформировавшимся гнойным воспалительным образованием придатков матки (в «холодном» периоде) показано	a) пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введение в нее антибиотиков b) хирургическое лечение c) терапия пирогеналом d) терапия гоновакциной
237 ОПК-8 ОПК-13	Условием для возникновения послеоперационного перитонита не является	a) недостаточность швов b) инфицирование брюшной полости во время операции c) недостаточно тщательный гемостаз d) продолжительность операции до 2,5-3 часов
238 ОПК-8 ОПК-13	Влагалищные выделения у больных гарднереллезом обычно	a) обильные b) слегка тягучие и липкие c) светло-серого или желто-зеленого цвета d) верно все перечисленное
239 ОПК-8 ОПК-13	Принципы лечения больных с генитальным кандидозом	a) лечение кандидозной инфекции b) лечение полового партнера c) исключение половой жизни во время лечения d) все перечисленное
240	В развитии гарднереллеза большое значение	a) гипозэстрогения

ОПК-8 ОПК-13	имеет	b) сдвиг pH влагалищного содержимого в щелочную сторону c) рост анаэробов d) все перечисленное
241 ОПК-8 ОПК-13	Для вирусной инфекции половых органов не характерно	a) высокая контагиозность b) половой путь инфицирования c) преимущественное поражение маточных труб d) рецидивирующее течение
242 ОПК-8 ОПК-13	Какие отделы половой системы женщины наиболее часто поражаются при туберкулезе	a) маточные трубы b) яичники c) матка d) влагалище
243 ОПК-8 ОПК-13	Характерным клиническим проявлением неспецифического вульвовагинита не является	a) бели b) зуд промежности и влагалища c) диспареуния d) ациклические кровянистые выделения
244 ОПК-8 ОПК-13	Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза	a) зуд наружных половых органов и промежности b) диспареуния c) обильные бели с неприятным запахом d) дизурия
245 ОПК-8 ОПК-13	Дифференциальная диагностика острого сальпингоофорита не проводится с	a) острым аппендицитом b) трубным абортom c) апоплексией яичника d) перекрутом ножки кисты
246 ОПК-8 ОПК-13	Механизм контрацептивного действия подкожных имплантов (Норпланта) основан на	a) подавлении овуляции b) уменьшении количества и повышении вязкости шейной слизи c) способности вызывать преждевременный лютеолиз d) все перечисленное выше верно
247 ОПК-8 ОПК-13	В состав инъекционных контрацептивов входят	a) прогестагены пролонгированного действия b) конъюгированные эстрогены c) антиандрогены d) микродозы прогестагенов
248 ОПК-8 ОПК-13	С целью контрацепции прием комбинированных эстроген-гестагенных препаратов начинают	a) в период овуляции b) накануне менструации c) с 1-го дня

		менструального цикла d) независимо от дня менструального цикла
249 ОПК-8 ОПК-13	Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при	a) нарушении функции печени b) эпилепсии c) тромбофлебитическом синдроме d) ожирении III – IV степени e) всех перечисленных выше заболеваниях
250 ОПК-8 ОПК-13	Противопоказанием к назначению прогестагенов является	a) миома матки b) кистозная мастопатия c) альгодисменорея d) ни одно из перечисленных выше заболеваний
251 ОПК-8 ОПК-13	К преимуществам комбинированных оральных контрацептивов не относятся	a) высокая эффективность b) быстрый эффект c) профилактика инфекций передающихся половым путем d) профилактика альгодисменореи
252 ОПК-8 ОПК-13	Рекомендовать комбинированную оральную контрацепцию нельзя	a) женщинам репродуктивного возраста b) подросткам при частой смене полового партнера c) женщинам с альгодисменореей d) женщинам с нерегулярным месячным циклом
253 ОПК-8 ОПК-13	К противопоказаниям для приема комбинированных оральных контрацептивов относится	a) гипертоническая болезнь III стадии b) вегетососудистая дистония по гипотоническому типу c) женщины с внематочной беременностью в анамнезе d) альгодисменорея
254 ОПК-8 ОПК-13	К преимуществам внутриматочной спирали не относится	a) высокая эффективность b) длительный срок действия c) отсроченный эффект d) отсутствие влияния на грудное вскармливание
255 ОПК-8 ОПК-13	Механизм действия спермицидов	a) подавление овуляции b) разрушение мембран сперматозоидов, что снижает их подвижность и

		<p>способность оплодотворить яйцеклетку</p> <p>с) сгущение цервикальной слизи</p> <p>d) нарушение имплантации яйцеклетки</p>
256 ОПК-8 ОПК-13	Средство контрацепции, предохраняющее от ИППП	<p>a) КОК</p> <p>b) ВМС</p> <p>c) барьерные средства</p> <p>d) Мини-пили</p>
257 ОПК-8 ОПК-13	Двойной «голландский метод» контрацепции, рекомендуемый в подростковом возрасте, заключается в использовании	<p>a) ВМК</p> <p>b) барьерный метод</p> <p>c) КОК + презерватив</p> <p>d) влагалищное кольцо (Нова Ринг)</p>
258 ОПК-8 ОПК-13	Высокая эффективность метода лактационной аменореи при соблюдении всех правил наблюдается	<p>a) в течение 3-х месяцев после родов</p> <p>b) в течение 6-ти месяцев после родов</p> <p>c) в течение 9-ти месяцев после родов</p> <p>d) в течение 12-ти месяцев после родов</p>
259 ОПК-8 ОПК-13	Механизм действия метода лактационной аменореи (МЛА)	<p>a) подавление овуляции</p> <p>b) изменение структуры эндометрия</p> <p>c) нарушение имплантации</p> <p>d) сгущение цервикальной слизи</p>
260 ОПК-8 ОПК-13	К недостаткам спермицидов относится	<p>a) невысокая контрацептивная эффективность</p> <p>b) непродолжительное действие</p> <p>c) необходимость строго следовать инструкции</p> <p>d) все перечисленное</p>
261 ОПК-8 ОПК-13	Синдром истощения яичников характеризуется	<p>a) прекращением менструаций</p> <p>b) монофазным характером кривой базальной температуры (ниже 37°C)</p> <p>c) отрицательной пробой с прогестероном</p> <p>d) положительной пробой с эстрогенами и прогестероном</p> <p>e) верно все перечисленное</p>
262 ОПК-8 ОПК-13	Возможные причины эндокринного бесплодия	<p>a) гипоталамо-гипофизарная недостаточность</p> <p>b) гипоталамо-</p>

		гипофизарная дисфункция с) яичниковая недостаточность d) гиперандрогения e) верно все перечисленное
263 ОПК-8 ОПК-13	Причины бесплодия женщин в браке	a) воспалительные заболевания половых органов b) инфантилизм и гипоплазия половых органов c) общие истощающие заболевания и интоксикации d) все перечисленные причины
264 ОПК-8 ОПК-13	Для синдрома Штейна-Левенталя характерно	a) нарушение менструального цикла с менархе b) патологический рост волос через 1,5-2 года после начала менструации c) бесплодие d) нормальное развитие молочных желез e) верно все перечисленное
265 ОПК-8 ОПК-13	После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение	a) 6 часов b) 12-24 часов c) 3-5 суток d) 10 суток
266 ОПК-8 ОПК-13	Под термином «бесплодный брак» подразумевается	a) отсутствие у супругов способности к зачатию b) отсутствие у женщины способности к вынашиванию c) и то, и другое d) ни то, ни другое
267 ОПК-8 ОПК-13	Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее	a) 0,5 года b) 1 года c) 2,5 лет d) 5 лет
268 ОПК-8 ОПК-13	Комбинированные эстроген-гестагенные препараты применяются с лечебной целью у больных	a) с гиперандрогенией, обусловленной склерокистозом яичников b) с гиперандрогенией, обусловленной адренобластомой яичника c) с андрогенитальным синдромом d) со всем перечисленным
269 ОПК-8	Лечебно-диагностический эффект дексаметазона при гиперандрогении обусловлен	a) угнетением функции яичников

ОПК-13		<ul style="list-style-type: none"> <li>b) угнетением функции надпочечников</li> <li>c) угнетением продукции АКТГ</li> <li>d) ускорением инактивации андрогенов</li> </ul>
270 ОПК-8 ОПК-13	При выявлении андрогенитального синдрома лечение необходимо начинать	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) с момента установления диагноза</li> <li>b) после установления менструальной функции</li> <li>c) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)</li> <li>d) только после родов</li> </ul>
271 ОПК-8 ОПК-13	Для восстановления генеративной функции при дисгенезии гонад необходимо	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) длительная циклическая терапия половыми гормонами</li> <li>b) стимуляция овуляции</li> <li>c) клиновидная резекция яичников</li> <li>d) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно</li> </ul>
272 ОПК-8 ОПК-13	При нарушении функции щитовидной железы развитие бесплодия обусловлено	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) выраженным нарушением жирового обмена</li> <li>b) постоянной гипертермией тела</li> <li>c) угнетением процессов овуляции</li> <li>d) уплотнением белочной оболочки яичников</li> </ul>
273 ОПК-8 ОПК-13	Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) постоянное применение</li> <li>b) не менее 1,5-2 лет</li> <li>c) 1 год</li> <li>d) 3-6 месяцев</li> </ul>
274 ОПК-8 ОПК-13	Трубное бесплодие может быть обусловлено	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) склеротическими изменениями в мышечной стенке маточной трубы</li> <li>b) нарушением рецепции в маточной трубе</li> <li>c) инфантилизмом</li> <li>d) всем перечисленным</li> </ul>
275 ОПК-8 ОПК-13	Гиперандрогения яичникового генеза часто сопровождается	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) гиперсекрецией ЛГ</li> <li>b) повышением индекса ЛГ/ФСГ</li> <li>c) умеренной гиперпролактинемией</li> <li>d) всем перечисленным</li> </ul>
276 ОПК-8	К анатомическим особенностям матки у новорожденной девочки относятся	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) тело и шейка матки по длине и толщине равны</li> </ul>

ОПК-13		<p>между собой</p> <p>b) тело матки маленькое, шейка почти не выражена</p> <p>c) матка небольшая, длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки</p> <p>d) матка имеет двурогую форму</p> <p>e) ничего из перечисленного</p>
277 ОПК-8 ОПК-13	Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены	<p>a) нарушением ритмической продукции гормонов яичника</p> <p>b) органическими заболеваниями половой системы</p> <p>c) заболеванием различных систем организма</p> <p>d) всем перечисленным</p> <p>e) ничем из перечисленного</p>
278 ОПК-8 ОПК-13	Внешний вид при задержке полового развития	<p>a) евнухоидное телосложение</p> <p>b) костный возраст соответствует календарному</p> <p>c) вторичные половые признаки недоразвиты</p> <p>d) молочные железы неразвиты</p> <p>e) верно все перечисленное</p>
279 ОПК-8 ОПК-13	Лечение девочек с нарушением полового развития в пубертатном периоде по типу "стертой" вирилизации	<p>a) заместительная терапия эстрогенами</p> <p>b) заместительная терапия гестагенами</p> <p>c) применение глюкокортикоидов в поддерживающих дозах (преднизолон по 5 мг, дексаметазон по 0,125-0,5 мг)</p> <p>d) верно все перечисленное</p> <p>e) ничего из перечисленного</p>
280 ОПК-8 ОПК-13	Для профилактики нарушений менструальной функции у девочек в пубертатном возрасте особо важное значение имеет	<p>a) систематическое занятие утренней гимнастикой с последующими водными процедурами (душ или обливание тела по частям)</p> <p>b) достаточный сон</p> <p>c) контроль функций кишечника и мочевого пузыря</p> <p>d) верно a) и b)</p> <p>e) все перечисленное</p>
281 ОПК-8 ОПК-13	Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте	<p>a) эстрадиола</p> <p>b) простагландинов</p> <p>c) прогестерона</p> <p>d) ЛГ</p> <p>e) ФСГ</p>
282	Олигодисменорея – это:	a) редкие и скудные

ОПК-8 ОПК-13		менструации b) редкие и болезненные менструации c) уменьшение кровопотери во время менструации d) межменструальные кровянистые выделения e) ничего из выше перечисленного
283 ОПК-8 ОПК-13	При кровяных выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 9 лет необходимы:	a) гормональный гемостаз b) наблюдение c) назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств d) исключение локальной «органической» причины кровотечения e) хирургический гемостаз
284 ОПК-8 ОПК-13	Для определения понятия «Овогенез» не характерно:	a) на 5 неделе эмбриогенеза первичные половые клетки из стенки желточного мешка мигрируют в зачатки гонад b) первичные половые клетки дифференцируются в овогонии c) стадия размножения овогоний продолжается в течении всей жизни d) на пике лютеинизирующего гормона завершается первое мейотическое деление e) оплодотворение – сигнал для второго мейотического деления
285 ОПК-8 ОПК-13	Пубертатный период - это	a) период биологической половой зрелости b) период, когда в организме происходит активизация функции яичников c) период, когда происходит быстрое соматическое и половое развитие девочки d) возраст, в котором определенные участки тела покрываются волосами e) все перечисленное
286 ОПК-8 ОПК-13	Задержка полового развития яичникового генеза обусловлена	a) резким снижением гормональной функции яичников b) гипергонадотропной активностью гипофиза c) отсутствием хромосомной патологии d) всем перечисленным e) ничем из перечисленного
287 ОПК-8	Особенностью развивающихся вторичных половых признаков у девочек по сравнению с мальчиками не	a) развитие жировой клетчатки по женскому типу

ОПК-13	является	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) изменение соотношения между тазовым и плечевым поясом в сторону относительного увеличения окружности последнего</li> <li>c) более тонкая и нежная кожи</li> <li>d) рост волос в области наружных гениталий с их распределением в виде треугольника с вершиной, направленной книзу</li> <li>e) верхняя граница роста волос в области наружных половых органов ровная и резко очерченная над лобком</li> </ul>
288 ОПК-8 ОПК-13	Среди злокачественных опухолей яичников у девочек в отличие от взрослых наиболее часто встречаются:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) эпителиальные</li> <li>b) липидоклеточные</li> <li>c) опухоли стромы полового тяжа</li> <li>d) герминогенные</li> </ul>
289 ОПК-8 ОПК-13	“Пик” лютеотропина в середине менструального цикла является следствием:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) значительного повышения уровня пролактина в крови</li> <li>b) уменьшения выработки фоллитропина</li> <li>c) уменьшения выработки гонадотропин-релизинг-гормона</li> <li>d) снижения уровня эстрогенов и прогестерона</li> <li>e) значительного повышения уровня эстрадиола</li> </ul>
290 ОПК-8 ОПК-13	Продолжительность нормальной менструации:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1-3 дня</li> <li>b) 3-5 дней</li> <li>c) 3-7 дней</li> <li>d) 5 дней</li> <li>e) 2-10 дней</li> </ul>
291 ОПК-8 ОПК-13	Менструальное кровотечение длительное, обильное при регулярном цикле:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) метроррагия</li> <li>b) олигоменорея</li> <li>c) полименорея</li> <li>d) гиперполименорея</li> <li>e) меноррагия</li> </ul>
292 ОПК-8 ОПК-13	В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) подавление гонадотропной функции гипофиза</li> <li>b) активизация гормональной функции яичников</li> <li>c) ритм выделения ФСГ не устанавливается</li> <li>d) устанавливаются регулярные "пики" экскреции ЛГ</li> <li>e) ничего из перечисленного</li> </ul>
293 ОПК-8 ОПК-13	При аномальных маточных кровотечениях в периоде полового созревания у девушек имеет место	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) отсутствие овуляции и лютеиновой фазы цикла</li> <li>b) персистенция фолликула</li> <li>c) атрезия фолликула</li> <li>d) все перечисленное</li> <li>e) ничего из перечисленного</li> </ul>

294 ОПК-8 ОПК-13	При генитальном инфантилизме соотношение шейки и тела матки соответствует обычно	a) 1:3 b) 1:2 c) 1:1 d) 3:1 e) 2:1
295 ОПК-8 ОПК-13	Аменорея- это отсутствие менструации в течение:	a) 4 месяцев b) 5 месяцев c) 6 месяцев d) все перечисленное
296 ОПК-8 ОПК-13	Отсутствие полового развития обусловлено	a) перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве b) перенесенными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии в пубертатном возрасте c) хромосомными аномалиями d) всем перечисленным e) ничем из перечисленного
297 ОПК-8 ОПК-13	У девочек чаще всего встречаются следующие формы воспаления гениталий:	a) эндоцервицит b) эндометрит c) сальпингоофорит d) вульвовагинит
298 ОПК-8 ОПК-13	Врожденная аплазия матки и влагалища – это синдром:	a) Шихана b) Киари-Фроммеля c) Рокитанского-Кюстнера-Хаузера d) Штейна-Левенталя
299 ОПК-8 ОПК-13	У больных с аменореей при болезни Иценко - Кушинга имеет место гиперпродукция гормона аденогипофиза	a) соматотропного b) тиреотропного c) адренокортикотропного d) фолликулостимулирующего e) лютеинизирующего
300 ОПК-8 ОПК-13	Синдром Шерешевского - Тернера - это	a) "чистая" форма дисгенезии гонад b) типичная форма дисгенезии гонад c) "смешанная" форма дисгенезии гонад d) ложный мужской гермафродитизм e) ничего из перечисленного
301 ОПК-8 ОПК-13	Характерной особенностью эндометриоза не является.	a) метастазирование b) озлокачествление c) инфильтрирующий рост d) не имеет капсулы
302 ОПК-8 ОПК-13	В комплекс лечения больных, страдающих эндометриозом, не входит	a) синтетические прогестины b) иммунокоррекция c) циклическая витаминотерапия d) гонолвакцинолтерапия
303 ОПК-8 ОПК-13	Для внутреннего эндометриоза тела матки III стадии (при бимануальном исследовании матки у пациентки накануне менструации) характерны все перечисленные изменения матки кроме	a) уплотнения b) увеличения c) размягчения d) резкой болезненности

304 ОПК-8 ОПК-13	Эффективная дозировка даназола для лечения эндометриоза.	а) 200-300мг в день в течении 6 месяцев б) 400-800 мг в день в течение 6 месяцев в) 1000 мг через день в течение 6 месяцев г) 1500 – 2000 мг через день в течение 6 месяцев
305 ОПК-8 ОПК-13	Эмпирическая медикаментозная терапия возможна при (без хирургического вмешательства)	а) аденомиозе б) наружном генитальном эндометриозе в) при отсутствии кистозных процессов в яичниках г) во всех перечисленных
306 ОПК-8 ОПК-13	На какой день менструального цикла необходимо выполнить операцию при любых формах эндометриоза	а) 1-4 - й день цикла б) 5-12 – й день цикла в) 13 – 21 –й день цикла г) 21-35 – й день цикла
307 ОПК-8 ОПК-13	Влияние беременности на развитие эндометриоза	а) вызывает увеличение эндометриоидных гетеротопий в первые 2-3 месяца, а затем наступает обратное развитие б) особенно заметное обратное развитие эндометриоза наблюдается в послеродовом периоде у лактирующих женщин в) активизируется развитие эндометриоза на протяжении всей беременности г) верно а) и б)
308 ОПК-8 ОПК-13	Для диагностики внутреннего эндометриоза тела матки методом гистеросальпингографии наиболее благоприятными являются следующие дни менструального цикла	а) за 1-2 дня до начала менструации б) сразу после окончания менструации в) на 12-14-й день г) на 16-18-й день
309 ОПК-8 ОПК-13	В патогенезе эндометриоза играют роль следующие иммунологические сдвиги в организме женщины	а) снижение содержания Т- и В-лимфоцитов б) появление аутоантител к ткани эндометрия, миометрия, яичника в) активация супрессоров г) верно все перечисленное
310 ОПК-8 ОПК-13	недостатком консервативного лечения больных с эндометриоидной кистой яичника является сохранение	а) болей внизу живота б) кисты как полостного образования в) нарушения менструального цикла г) ничего из перечисленного
311 ОПК-8 ОПК-13	Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет	а) 3 месяца б) 5 месяцев в) 6 месяцев+ г) 9 месяцев
312 ОПК-8	У больных с эндометриоидными кистами яичников целесообразно проведение следующего	а) экскреторной урографии б) ирригоскопии

ОПК-13	дополнительного метода исследования	с) ректороманоскопии d) всего перечисленного
313 ОПК-8 ОПК-13	При эндометриозе содержание СА – 125 в сыворотке крови	a) повышено b) понижено c) не меняется d) резко повышается
314 ОПК-8 ОПК-13	Ретроцервикальный эндометриоз следует дифференцировать	a) метастазов рака молочной железы b) метастазов рака желудка c) рака мочевого пузыря d) метастазов рака легких
315 ОПК-8 ОПК-13	Оптимальный объем хирургического лечения женщин репродуктивного возраста при наличии эндометриодной кисты яичника	a) резекция яичника в пределах здоровой ткани b) вылушивание опухолевидного образования c) двусторонняя клиновидная резекция яичников d) двусторонняя аднексэктомия
316 ОПК-8 ОПК-13	Рубцово-спаечным процесс в малом тазу при эндометриодных кистах яичников, как правило, является следствием	a) неоднократных небольших перфораций эндометриодных кист с излитием содержимого в брюшную полость b) асептического реактивного воспалительного процесса в малом тазу c) "прорастания" эндометриоза в близлежащие органы d) верно все перечисленные
317 ОПК-8 ОПК-13	Эндометриоз влагалища следует дифференцировать, кроме	a) с язвенным кольпитом b) с раком влагалища c) с метастазами хориокарциномы во влагалище d) с кистой гартнероваго хода
318 ОПК-8 ОПК-13	Для лечения больных репродуктивного возраста с эндометриозом шейки матки наиболее целесообразно применять	a) иссечение очага эндометриоза скальпелем с последующей обработкой ложа расфокусированным углекислотным лазером b) эстроген—гестагенные препараты во вторую фазу менструального цикла в течение 6-9 месяцев c) иссечение очага эндометриоза скальпелем с последующей криодеструкцией ложа d) проведение диатермокоагуляции очагов эндометриоза
319 ОПК-8 ОПК-13	Для перфорации эндометриодного образования яичников, как правило, характерно	a) боли в животе b) признаки раздражения брюшины c) лейкопения d) низкая СОЭ

320 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее информативным инструментальным методом диагностики наружного генитального эндометриоза считается	a) метросальпингография b) рентгенотелевизионная гистеросальпингография c) компьютерная томография d) лапароскопия с патоморфологическим исследованием биоптатов
321 ОПК-8 ОПК-13	К какой группе диспансерного учета следует отнести больную с подозрением на рак яичников?	a) I b) II c) III d) IV
322 ОПК-8 ОПК-13	К группе риска, по опухолям яичников относят женщин	a) с нарушением менструальной функции b) с первичным бесплодием c) с миомой матки d) верно все перечисленные
323 ОПК-8 ОПК-13	К опухоли ассоциированным аг относят	a) СА – 125 b) СА - 199 c) АФП d) VEGF
324 ОПК-8 ОПК-13	К сосудистому эндотелиальному фактору роста относят	a) СА – 125 b) СА - 199 c) АФП d) VEGF
325 ОПК-8 ОПК-13	Диагностические методы, чаще всего используемые при первичном выявлении доброкачественных опухолей гениталий у женщин	a) УЗИ b) пневмопельвиография c) пункция опухоли d) ничего из перечисленного
326 ОПК-8 ОПК-13	К опухолевидным процессам в яичнике относится	a) фолликулярная киста b) киста желтого тела c) эндометриоз d) дермоидная киста
327 ОПК-8 ОПК-13	К какой группе относится муцинозные опухоли	a) поверхностные эпителиальностромальные b) герминогенные c) опухоли полового тяжа d) лимфоидные опухоли
328 ОПК-8 ОПК-13	Какая из перечисленных опухолей наиболее чувствительна к лучевой терапии	a) серозная цистоаденома b) эндометриоидный рак c) дисгерминома d) арренобластома
329 ОПК-8 ОПК-13	Для дисгерминомы характерно	a) опухоль бывает односторонней более чем в 20% случаев b) секретирует ХГЧ c) возникает из стромы полового тяжа d) обычно встречается у женщин старше 40 лет
330 ОПК-8 ОПК-13	К какой группе опухолей относится опухоли из клеток Сертоли	a) поверхностные эпителиальностромальные b) герминогенные c) опухоли полового тяжа d) лимфоидные опухоли
331 ОПК-8	К какой группе опухолей относится опухоль Вильмса	a) нетипичные опухоли b) герминогенные

ОПК-13		с) опухоли полового тяжа d) лимфоидные опухоли
332 ОПК-8 ОПК-13	Истинным раком яичников является	a) серозная цистаденокарцинома b) муцинозная цистаденокарцинома c) светлоклеточная карцинома d) верно все перечисленные
333 ОПК-8 ОПК-13	Для гранулезоклеточной опухоли яичника не характерно	a) нарушение менструального цикла b) "омоложение" женщины в постменопаузе c) гиперплазия эндометрия d) гидроторакс
334 ОПК-8 ОПК-13	Символ "ii" в клинической классификации опухолей яичников (FIGO) означает	a) имеется прорастание капсулы опухолью и разрыв капсулы b) имеются двусторонние опухоли c) капсула интактна d) верно все перечисленные
335 ОПК-8 ОПК-13	Выбор лечебной тактики у больной со злокачественной опухолью яичника определяется	a) гистоструктурой опухоли b) возрастом больной c) состоянием внутренних органов d) всем перечисленным
336 ОПК-8 ОПК-13	В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через	a) надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция большого сальника b) экстирпация матки и резекция большого сальника c) влагалищная экстирпация матки с придатками d) верно a) и b)
337 ОПК-8 ОПК-13	Симптомокомплекс, характерный для 1 патологического варианта рака тела матки	a) ановуляторные циклы в анамнезе b) нередко бесплодие 1 или 2 c) позднее наступление постменопаузы d) все перечисленные
338 ОПК-8 ОПК-13	Что следует не относить к клиническому предраку эндометрия	a) любая форма гиперпластического процесса эндометрия b) железисто- кистозная гиперплазия и полипы эндометрия в постменопаузе c) рецидивирование и отсутствие эффекта от терапии гиперпластического процесса эндометрия. d) любая форма ГПЭ у больных с нейрообменно - эндокринными нарушениями.
339 ОПК-8 ОПК-13	Какой нейро – эндокринный синдром представляет опасность для возникновения рака эндометрия	a) первичных поликистозных яичников (с.Штейна - Левенталя) b) предменструальный

		с) климактерический
340 ОПК-8 ОПК-13	Атипическая гиперплазия эндометрия морфологически наиболее сходна	а) с железисто-кистозной гиперплазией б) с эндометриальным полипом с) с метрэндоцитомом д) с высококодифференцированным раком
341 ОПК-8 ОПК-13	Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются	а) надпочечниками б) гипоталамусом с) яичниками д) передней долей гипофиза
342 ОПК-8 ОПК-13	Атипическая гиперплазия эндометрия переходит в рак чаще	а) в репродуктивном возрасте б) в климактерическом возрасте с) в любом возрасте д) в периоде постменопаузы
343 ОПК-8 ОПК-13	Вторая стадия рака эндометрия характеризуется	а) увеличением размеров матки б) поражением клетчатки таза с) поражением яичников д) переходом опухоли на цервикальный канал
344 ОПК-8 ОПК-13	Уровень эстрогенов и прогестерона при гиперпластических процессах в эндометрии соответствует таковому	а) в постменопаузе б) во второй фазе менструального цикла с) всегда различен д) в первой фазе менструального цикла
345 ОПК-8 ОПК-13	Противопоказаниями к гормональному лечению больных гиперпластическими процессами в постменопаузе являются все перечисленные, кроме	а) хронического тромбофлебита б) миомы матки с) кровянистых выделений из половых путей д) опухоли яичника
346 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее часто при раке эндометрия I стадии производят, кроме	а) экстирпацию матки с придатками и верхней третью влагалища б) экстирпацию матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфаденэктомию с) расширенную экстирпацию матки с придатками по Вертгейму д) верно все перечисленное
347 ОПК-8 ОПК-13	Морфологическая характеристика атипической гиперплазии эндометрия, кроме	а) клеточный полиморфизм и гиперхромия б) значительное число митозов с) в железах встречаются сосочкоподобные структуры д) отечная строма
348 ОПК-8 ОПК-13	Метастазы саркомы матки, как правило, обнаруживаются	а) в легких б) в печени с) в костях д) все перечисленное

349 ОПК-8 ОПК-13	Саркома матки метастазирует, кроме	а) лимфогенным путем б) гематогенным путем в) имплантационным путем г) прорастанием в соседние органы
350 ОПК-8 ОПК-13	Специальное обследование для диагностики рака тела матки и его патогенетических вариантов включает все, кроме	а) цитологическое исследование влагалища б) прицельную биопсию эндометрия в) цистоскопию г) определение степени чистоты влагалища
351 ОПК-8 ОПК-13	В зависимости от стадии и путей распространения рака тела матки объем хирургического вмешательства может быть ограничен	а) экстирпацией матки с придатками б) выскабливание полости матки в) надвлагалищная ампутация матки г) экстирпацией матки с придатками с оментэктомией
352 ОПК-8 ОПК-13	Радикальным оперативным вмешательством при раке эндометрия в гинекологии является	а) надвлагалищная ампутация матки с придатками б) экстирпация матки с придатками в) экстирпация матки без придатков г) экстирпация матки с придатками, лимфаденоэктомия
353 ОПК-8 ОПК-13	Тактика врача при небольшом дефекте матки (во время чревосечения по поводу перфорации матки) включает все перечисленное, кроме	а) надвлагалищной ампутации матки б) иссечения краев перфорационного отверстия в) ушивания перфорационного отверстия г) ревизии органов малого таза
354 ОПК-8 ОПК-13	При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме	а) экстирпация матки с придатками б) надвлагалищная ампутация матки с придатками в) экстирпация матки с трубами г) все перечисленное неверно
355 ОПК-8 ОПК-13	Причины "острого живота" вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов	а) перекрут ножки опухоли яичника б) киста яичника в) рак эндометрия г) все перечисленное
356 ОПК-8 ОПК-13	Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме	а) болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия б) отсутствия наружного кровотечения в) отрицательных биологических реакций на беременность

		d) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
357 ОПК-8 ОПК-13	При перитоните в токсической стадии внутрикожный волдырь (при проведении пробы Мак-Клюра-Олдрича) рассасывается за период времени	a) от 60 мин до 45 мин b) от 45 мин до 20 мин c) от 10 мин до 2 мин d) от 20 мин до 10 мин
358 ОПК-8 ОПК-13	При нарушенной внематочной беременности беременности с выраженной анемизацией больной проводится разрез	a) поперечный надлабковый якорный b) поперечный интерилиальный, по Черни c) нижнесрединный, от лона до пупка d) поперечный надлабковый, по Пффаненштилю
359 ОПК-8 ОПК-13	При подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет показано	a) удаление придатков матки на стороне поражения b) надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией большого сальника c) экстирпация матки с придатками d) удаление матки с придатками с обеих сторон
360 ОПК-8 ОПК-13	При небольшом кровотечении из яичника, обнаруженном лапароскопически, производится	a) лапаротомия и ушивание яичника b) диатермокоагуляция яичника под контролем лапароскопии c) лапаротомия и резекция яичника d) лапаротомия и удаление придатков матки на стороне поражения
361 ОПК-8 ОПК-13	Состав хирургической ножки кисты яичника, кроме	a) собственно яичниковая связка b) воронко-тазовая связка c) сальник d) маточная труба
362 ОПК-8 ОПК-13	Некроз миоматозного узла наиболее часто происходит	a) во время беременности b) за 3-5 дней до начала менструации c) через 3-5 дней после менструации d) ничего из перечисленного
363 ОПК-8 ОПК-13	Возможным источником кровотечения из яичника	a) желтое тело b) фолликулярная киста яичника c) разрыв кисты желтого тела d) ретенционная киста яичника
364 ОПК-8 ОПК-13	Абсолютным показанием к операции в гинекологии является	a) внутрибрюшное кровотечение b) пельвиоперитонит c) ретенционная киста яичника d) разрыв кисты желтого тела

365 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при нарушенной внематочной беременности	a) гемотрансфузия, операция b) консультация терапевта, анестезиолога, операция c) УЗИ, гемотрансфузия, операция d) операция, гемотрансфузия
366 ОПК-8 ОПК-13	При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача	a) немедленная операция b) операцию можно произвести в плановом порядке c) возможно консервативное лечение больной d) верно все перечисленное
367 ОПК-8 ОПК-13	Изменения в миоматозном узле, связанные с нарушением питания опухоли	a) отек b) кровоизлияние c) некроз d) все перечисленное
368 ОПК-8 ОПК-13	Возможным исходом внематочной беременности является	a) доншивание беременности до поздних сроков b) обызвествление и мумификация плодного яйца c) трубный аборт на ранних сроках с последующей резорбцией плодного яйца d) верно a, b, c
369 ОПК-8 ОПК-13	Тактика врача ВОП при начавшемся аборте	a) госпитализация b) инструментальное удаление плодного яйца c) применение анальгетиков и спазмолитиков d) лечение в амбулаторных условиях
370 ОПК-8 ОПК-13	Трубный аборт возникает при имплантации плодного яйца в части маточной трубы	a) истмической b) интерстициальной c) ампулярной d) интрамуральной
371 ОПК-8 ОПК-13	Начавшийся аборт характеризуется	a) болями внизу живота b) кровяными выделениями из половых путей c) признаками размягчения и укорочения шейки матки d) отхождением элементов плодного яйца
372 ОПК-8 ОПК-13	Для лечения начавшегося аборта используется всё нижеперечисленное, кроме:	a) седативные препараты b) спазмолитические средства c) гемостатические средств d) утеротоники
373 ОПК-8 ОПК-13	При лечении истмико-цервикальной недостаточности более рационально применять	a) сульфат магния b) туринал c) наложение швов на шейку матки d) физиолечение
374 ОПК-8 ОПК-13	После самопроизвольного выкидыша рекомендуется применять с целью контрацепции	a) ВМС b) презерватив c) фарматекс d) КОК
375	Для шеечной беременности характерна все	a) увеличения шейки матки

ОПК-8 ОПК-13	перечисленное, кроме	b) расположения эксцентрично маточного зева c) асимметричности шейки матки d) положения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки
376 ОПК-8 ОПК-13	Для клиники неполного аборта характерно, кроме	a) Цервикальный канал открыт b) кровянистые выделения отсутствуют c) обильные кровянистые выделения d) размеры матки меньше срока беременности
377 ОПК-8 ОПК-13	Беременность, локализуемая в интерстициальной части трубы прерывается чаще всего в сроке беременности	a) 1-2 недели b) 3-4 недели c) 5-6 недель d) 7-8 недель
378 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее частой причиной самопроизвольного аборта в ранние сроки беременности (5-6 нед) является:	a) хромосомные аномалии b) несовместимость по резус-фактору c) поднятие тяжестей, травмы d) инфекции
379 ОПК-8 ОПК-13	Основной причиной самопроизвольного аборта в сроке 16 недель беременности является:	a) внутриматочная инфекция b) цервикальная недостаточность c) гормональные нарушения d) генетические факторы
380 ОПК-8 ОПК-13	К ближайшим осложнениям во время искусственного аборта относятся все, кроме:	a) перфорация матки b) разрывы шейки матки c) инфекция d) вторичное бесплодие
381 ОПК-8 ОПК-13	Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой	a) скудные кровянистые выделения из половых путей b) боли внизу живота и в подвздошной паховой области c) при влагалищном исследовании увеличение и болезненность придатков d) верно все перечисленное
382 ОПК-8 ОПК-13	В женскую консультацию обратилась женщина 26 лет с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, небольшие тянущие боли внизу живота. При влагалищном исследовании определяется матка, увеличенная до 8 недель беременности, цервикальный канал закрыт, придатки без особенностей. Ваш диагноз	a) угрожающий выкидыш b) неразвивающаяся беременность c) начавшийся самопроизвольный выкидыш d) миома матки
383 ОПК-8 ОПК-13	Для брюшной беременности поздних сроков чаще всего характерно	a) периодические приступы болей в животе иногда с кратковременной потерей сознания b) резкие боли при движениях плода c) определение частей плода непосредственно под брюшной стенкой

		d) все перечисленное
384 ОПК-8 ОПК-13	При проведении медаборта в самом начале операции возникло обильное маточное кровотечение. Диагностирована шеечная беременность. Тактика врача	a) ускорить удаление плодного яйца кюреткой b) попытаться удалить плодное яйцо пальцем c) чревосечение, экстирпация матки d) удаление плодного яйца с помощью вакуум-эксхолеатора
385 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции	a) в первую неделю после прекращения менструации b) в дни ожидаемой овуляции c) накануне менструации d) выбор дня менструального цикла не имеет значения
386 ОПК-8 ОПК-13	При проведении полостных гинекологических операций, как правило, необходимо	a) за три недели до операции исключить из пищевого рациона прием продуктов, богатых клетчаткой b) за несколько дней до операции ограничить прием продуктов, богатых белками c) накануне операции увеличить в суточном рационе содержание углеводов в 2 раза d) накануне операции дать легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, каша), вечером сладкий чай с сухарем, в день операции - не завтракает
387 ОПК-8 ОПК-13	Ничто из перечисленного не является показанием для проведения прицельной биопсии шейки матки, кроме	a) эктопии шейки матки b) истинной эрозии воспалительного генеза c) тонкой лейкоплакии d) гипертрофии шейки матки
388 ОПК-8 ОПК-13	При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды, как правило, пересекают	a) на уровне внутреннего зева b) на 1.5 см выше области внутреннего зева c) на 1.5 см ниже области внутреннего зева d) в области кардинальных связок
389 ОПК-8 ОПК-13	При экстирпации матки с придатками, как правило, пересекается все перечисленное, кроме	a) круглых связок b) крестцово-маточных связок c) кардинальных связок d) маточных концов труб
390 ОПК-8 ОПК-13	При сочетании миомы и внутреннего эндометриоза тела матки у больной репродуктивного возраста с гиперполименореей и вторичной анемией показана операция	a) экстирпации матки без придатков b) экстирпация матки с придатками c) надвлагалищная ампутация матки без придатков d) надвлагалищная ампутация матки с трубами с иссечением цервикального канала

391 ОПК-8 ОПК-13	Объем операции при подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 35 лет заключается	а) в удалении придатков матки на стороне поражения б) в надвлагалишной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника в) в экстирпации матки с придатками г) в удалении придатков матки с обеих сторон
392 ОПК-8 ОПК-13	Операция стерилизации женщины по методу Кирхофа состоит во всем перечисленное, кроме	а) рассечения брюшины над маточной трубой б) выделение трубы и резекция ее части между двумя наложенными шелковыми лигатурами в) отсечения маточного конца трубы от угла матки с последующим лигированием культей г) погружения культей трубы между листками мезосальпинкса
393 ОПК-8 ОПК-13	У больной при лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести	а) лапаротомию и ушивание яичника б) диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии в) лапаротомию и резекцию яичника г) лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения
394 ОПК-8 ОПК-13	Во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника чаще всего имеется риск	а) кровотечения из ложа опухоли б) варикозного расширения вен связочного аппарата в) двустороннего поражения яичников г) ранения мочеточника в связи с аномальным его расположением
395 ОПК-8 ОПК-13	Объем оперативного вмешательства при раке эндометрия II стадии	а) расширенная экстирпация матки б) надвлагалищная ампутация матки без придатков в) надвлагалищная ампутация матки с придатками г) экстирпация матки с придатками
396 ОПК-8 ОПК-13	Операция вентрофиксации матки обычно проводится только у женщин	а) репродуктивного возраста б) климактерического возраста в) в постменопаузе
397 ОПК-8 ОПК-13	Наиболее благоприятный период менструального цикла для проведения диатермокоагуляции "эрозии" шейки матки	а) в дни менструации б) сразу после менструации в) в период овуляции

		d) за 2-3 дня до менструации
398 ОПК-8 ОПК-13	При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести	a) вылушивание кисты b) удаление придатков на стороне поражения c) удаление яичника на стороне поражения d) резекцию яичника на стороне поражения
399 ОПК-8 ОПК-13	Показанием для проведения манчестерской операции является	a) полное выпадение матки b) опущение стенок влагалища и частичное выпадение матки c) слишком емкое влагалище d) деформация шейки матки
400 ОПК-8 ОПК-13	При аномалиях развития тела матки производятся операции для восстановления детородной функции женщины. Наибольшее значение из этих операций имеет	a) сальпинголизис b) имплантация маточных труб в матку c) метропластика d) пересадка яичника в матку

**Таблица: Ключи к тестам.**

№ вопроса	Ответ						
1	C	51	B	101	B	151	D
2	C	52	C	102	C	152	C
3	B	53	B	103	A	153	A
4	B	54	C	104	B	154	A
5	D	55	B	105	A	155	B
6	B	56	B	106	A	156	C
7	C	57	C	107	C	157	D
8	B	58	B	108	C	158	B
9	C	59	D	109	D	159	C
10	D	60	A	110	A	160	C
11	C	61	A	111	B	161	d
12	D	62	A	112	D	162	B
13	B	63	B	113	A	163	C
14	D	64	A	114	C	164	D
15	C	65	B	115	B	165	D
16	B	66	A	116	A	166	A
17	B	67	A	117	C	167	D
18	B	68	B	118	A	168	B
19	C	69	C	119	B	169	D
20	D	70	A	120	D	170	A
21	D	71	A	121	A	171	C
22	B	72	A	122	C	172	A
23	C	73	C	123	C	173	D
24	B	74	A	124	A	174	B
25	D	75	A	125	B	175	D
26	C	76	A	126	A	176	D
27	C	77	A	127	D	177	D
28	C	78	A	128	B	178	A
29	C	79	A	129	A	179	D
30	D	80	C	130	A	180	A
31	C	81	A	131	B	181	D

32	C	82	B	132	B	182	A
33	B	83	C	133	a	183	A
34	C	84	D	134	C	184	A
35	C	85	C	135	D	185	C
36	D	86	D	136	D	186	B
37	C	87	D	137	a	187	B
38	A	88	C	138	B	188	B
39	C	89	B	139	C	189	C
40	D	90	B	140	B	190	C
41	B	91	D	141	a	191	C
42	B	92	C	142	D	192	D
43	B	93	D	143	A	193	A
44	C	94	C	144	A	194	D
45	C	95	C	145	A	195	A
46	D	96	D	146	A	196	C
47	A	97	D	147	B	197	B
48	D	98	C	148	C	198	A
49	A	99	C	149	C	199	A
50	A	100	A	150	A	200	B

№ вопроса	Ответ						
201	D	251	C	301	B	351	A
202	D	252	B	302	D	352	D
203	C	253	A	303	A	353	A
204	D	254	C	304	B	354	D
205	D	255	B	305	D	355	A
206	B	256	C	306	B	356	D
207	D	257	C	307	D	357	C
208	D	258	B	308	B	358	C
209	D	259	A	309	D	359	B
210	D	260	D	310	B	360	B
211	C	261	E	311	C	361	C
212	A	262	E	312	D	362	A
213	D	263	D	313	A	363	D
214	C	264	E	314	C	364	A
215	C	265	B	315	A	365	D
216	D	266	A	316	D	366	A
217	D	267	B	317	D	367	D
218	C	268	A	318	A	368	D
219	D	269	C	319	B	369	A
220	D	270	A	320	A	370	C
221	B	271	D	321	C	371	B
222	D	272	C	322	D	372	D
223	D	273	D	323	A	373	C
224	D	274	D	324	D	374	D
225	D	275	D	325	A	375	D
226	C	276	C	326	A	376	B
227	A	277	A	327	A	377	A
228	D	278	E	328	D	378	A
229	C	279	C	329	B	379	B
230	C	280	E	330	C	380	D

231	D	281	C	331	A	381	D
232	D	282	A	332	D	382	A
233	C	283	D	333	D	383	D
234	D	284	C	334	A	384	D
235	D	285	E	335	D	385	D
236	B	286	D	336	D	386	D
237	D	287	B	337	D	387	C
238	D	288	D	338	A	388	A
239	D	289	D	339	A	389	D
240	D	290	C	340	D	390	D
241	C	291	D	341	D	391	B
242	A	292	B	342	D	392	C
243	D	293	D	343	D	393	B
244	C	294	E	344	D	394	D
245	C	295	C	345	C	395	A
246	D	296	C	346	C	396	C
247	A	297	D	347	D	397	B
248	C	298	C	348	D	398	A
249	E	299	C	349	D	399	B
250	D	300	E	350	D	400	C

### Ситуационные задачи по блоку «АКУШЕРСТВО» для контроля знаний студентов стоматологического факультета по дисциплине «Акушерство»

ОПК-8		
ОПК-13 <b>Задача 1.</b> Описание ситуации: Беременная К., 40 лет, доставлена в клинику из района в тяжелейшем состоянии с доношенной беременностью. Беременность 7. Роды 4, Самопроизвольных выкидышей 2. Во время данной беременности были отеки конечностей. При отсутствии родовой деятельности. Появились боли в животе и кровотечение. Со слов беременной количество теряемой крови 400 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка, была рвота. Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс нитевидный, не сосчитывается. Артериальное давление не определяется. Температура 35,5°C. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче белок.		
№	Вопрос	Варианты ответа
1	Диагноз?	а) Беременность 40 недель. Соп: ОАА Осложнения: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Шок. Внутриутробная гибель плода. б) 1-ый период 4х срочных родов. в) Беременность 40 недель. Прелиминарный перниод. г) Беременность 40 недель. Осложнения: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия.
2	Дифференциальный диагноз проводится	а) разрыв матки, предлежание плаценты б) аппендицит в) ДВС синдром

		d) HELP-синдром
3	Причины, ведущие к отслойке плаценты	a) нарушение свертывающей системы крови, травмы матери b) антенатальная гибель плода c) половой контакт, при условии нормально расположенной плаценты d) высокий паритет
4	Какие осложнения могут возникнуть при ПОНРП	a) кровотечение b) антенатальная гибель плода c) шок d) все ответы правильные
5	Какой вид имеет плацента при ПОНРП	a) не изменена b) На материнской поверхности расположены плотно прижатые к ней темные кровяные сгустки, после удаления которых обнаруживаются углубления плацентарной ткани. c) участки кальцината на плодовой поверхности плаценты d) тощая плацента, имеет вид «варенного мяса»
6	Клиника ПОНРП	a) кровотечение, без боли b) кровотечение, сопровождающееся резкой болью c) желтый цвет кожных покровов, склер d) частое мочеиспускание
7	Осложнения, которые могут возникнуть в послеродовом периоде при ПОНРП	a) гипотония, атония матки, инфекция, анемия b) мастит c) повышение АД d) анурия
8	Тактика врача	a) стабилизация состояния пациентки b) экстренное кесарево сечение c) родостимуляция окситоцином
9	Тактика врача после родоразрешения	a) антианемическая, утеротоническая, антибактериальная терапия b) антианемическая терапия c) введение столбнячного анатоксина d) антимикотическая терапия
10	Как оценит степень геморрагического шока у данной больной	a) из анамнеза b) шоковый индекс Альговера c) гравиметрический метод d) все ответы правильные

ОПК-8

**ОПК-13Задача 2.** Описание ситуации: Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок. Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортom без осложнений, седьмая - срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи. При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга

<p>положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantiaspinaram-26 см, distantiacristaram-28 см, distantiatrochanterica-30 см, conjugataexterna-21 см. Родовая деятельность отсутствует. При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.</p>		
№	Вопрос	Варианты ответа
11	Диагноз:	<p>a) 2 период 7 срочных родов. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.</p> <p>b) 1 период 7 срочных родов. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.</p> <p>c) 2 период 7 срочных родов. Начавшийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.</p> <p>d) Беременность 38 недель. Антенатальная гибель плода</p>
12	Классификация разрыва матки по времени происхождения, исключить неправильный ответ	<p>a) начавшийся</p> <p>b) свершившийся</p> <p>c) своевременный</p> <p>d) угрожающий</p>
13	Классификация разрыва матки по патогенетическому признаку исключить неправильный ответ	<p>a) гистопатический</p> <p>b) механический</p> <p>c) идиопатический</p> <p>d) смешанный</p>
14	Классификация разрыва матки по характеру повреждения, исключить неправильный ответ	<p>a) трещина</p> <p>b) неполный</p> <p>c) полный</p> <p>d) донный</p>
15	Тактика врача	<p>a) экстренная операция</p> <p>b) стабилизация состояния больной</p> <p>c) Rh легких, брюшной полости</p> <p>d) наблюдение</p>
16	Объем оперативного вмешательства	<p>a) экстирпация матки/надвлагалищная ампутация матки</p> <p>b) удаление придатков</p> <p>c) стерилизация</p> <p>d) ушивание разрыва матки</p>
17	Как вы оцениваете состояние гемодинамики женщины?	<p>a) компенсированное</p> <p>b) ШОК 1</p> <p>c) Геморрагический шок 2</p> <p>d) субкомпенсированное</p>
18	Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?	<p>a) связано с шоком и нарастающей кровопотерей</p> <p>b) связано с болевым синдромом</p> <p>c) все ответы неправильные</p> <p>d) все ответы правильные</p>
19	Каким будет считаться излитие околоплодных вод	<p>a) своевременным</p> <p>b) преждевременным</p> <p>c) ранним</p> <p>d) поздним</p>
20	Нормальные размеры таза: distantiacristaram	<p>a) 25-26</p> <p>b) 30-31</p> <p>c) 28-29</p> <p>d) 24-25</p>
ОПК-8		

**ОПК-13Задача 3.** Беременная С, 22 лет, доставлена в приемное отделение роддома мужем в тяжелом состоянии с помраченным сознанием. Родовая деятельность началась 3 часа назад, околоплодные воды отошли по дороге в родильный дом.

Из рассказа мужа удалось выяснить, что больная раньше ничем не болела, беременность первая, протекала без осложнений. Беременная уехала на дачу, расположенную в 20 км от города. Пробыла там две недели и возвратилась домой, так как почувствовала общее недомогание, появились отеки и головная боль, появились схваткообразные боли внизу живота. Во время ужина была рвота, усилилась головная боль, поэтому муж решил срочно проконсультироваться в рядом расположенном роддоме.

Объективно. Женщина полная, правильного телосложения. Лицо бледное, одутловатое, веки отечные, на голенях пастозность. Экстренно перед обследованием произведена нейролептаналгезия. Несмотря на это во время измерения артериального давления (160/130 мм рт. ст.) появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица. Затем начались подергивания верхних конечностей, тело беременной вытянулось, позвоночный столб изогнулся, челюсти плотно сжались, дыхание прекратилось. Вслед за этим последовали клонические судороги, наступил сильный цианоз, яремные вены напряглись. Затем судороги стали реже и наконец прекратились, появился глубокий шумный вдох, на губах выступила пена, окрашенная кровью. Дыхание восстановилось, стало глубоким, беременная не приходила в сознание. Припадок длился 1,5 мин.

Во время приступа наркоз был прекращен, после восстановления дыхания больную перевели на наркоз закисью азота с кислородом. Во время глубокого сна произведено до-обследование: температура тела - 36,8° С, пульс 86 уд/мин, ритмичный, напряженный, АД 150/120 - 150/100 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, положение плода продольное, предлежащая голова при наружном акушерском исследовании на определяется. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, ясное, частота - 136 уд/мин. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Родовой деятельности нет.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, пузыря нет, головка доношенного плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок спереди.

№	Вопрос	Варианты ответа
21	Поставьте диагноз.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Второй период первых срочных родов. Осложнение: Эклампсия.</li> <li>b) Первый период первых срочных родов. Осложнение: Эклампсия.</li> <li>c) Второй период первых срочных родов. Осложнение: Эпилептический статус</li> <li>d) Второй период первых срочных родов. Осложнение: Тяжелая преэклампсия</li> </ul>
22	Какие клинические признаки указывают на данное осложнение?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) На эклампсию указывают наличие отеков, повышение артериального давления до 160/130 мм рт. ст. и приступа судорог.</li> <li>b) На эклампсию указывают наличие отеков, повышение артериального давления до 160/130 мм рт. ст. и приступа судорог, анамнез</li> <li>c) На эклампсию указывают наличие отеков, повышение артериального давления до 160/130 мм рт. ст. и приступа судорог, рвота, головная боль</li> <li>d) На эклампсию указывают наличие отеков, повышение артериального давления до 160/130 мм рт. ст. и приступа судорог, схваткообразные боли внизу живота</li> </ul>
23	Оцените состояние плода в данной ситуации.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Компенсированное</li> <li>b) Субкомпенсированное</li> <li>c) Декомпенсированное</li> <li>d) Критическое</li> </ul>

24	Оцените наружные размеры таза.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Нормальный таз</li> <li>b) Рахитический таз</li> <li>c) Общеравномерносуженный таз</li> <li>d) Плоский таз</li> </ul>
25	Какова должна быть врачебная тактика?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Кесарево сечение в экстренном порядке</li> <li>b) На данном этапе под общим наркозом произвести вакуум-экстракцию плода. одновременно проводить лечение эклампсии (магнезиальная, противосудорожная, гипотензивная терапия), профилактика гипотонии матки внутривенным струйным введением 5 ЕД окситоцина.</li> <li>c) Наложение акушерских щипцов без наркоза, одновременно проводить лечение эклампсии (магнезиальная, противосудорожная, гипотензивная терапия), профилактика гипотонии матки внутривенным струйным введением 5 ЕД окситоцина.</li> <li>d) Дождаться естественного окончания второго периода родов, после чего начать проводить лечение эклампсии (магнезиальная, противосудорожная, гипотензивная терапия), профилактика гипотонии матки внутривенным струйным введением 5 ЕД окситоцина.</li> </ul>
26	Что необходимо делать после родоразрешения?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) После родоразрешения по истечении 2 часов перевести в послеродовое отделение без ребенка</li> <li>b) После родоразрешения по истечению 2 часов перевести в послеродовое отделение с ребенком</li> <li>c) После родоразрешения необходимо перевести родильницу в палату интенсивной терапии, где продолжить лечение эклампсии.</li> <li>d) После родоразрешения по истечении 3 часов перевести в послеродовое отделение без ребенка</li> </ul>
27	Какие мероприятия не проводятся при выполнении вакуум-экстракции плода?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Эпизиотомия</li> <li>b) Тракции соответственно полости малого таза</li> <li>c) Прием Крестеллера</li> <li>d) Антибиотикопрофилактика</li> </ul>
28	Роды будут считаться:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Срочными</li> <li>b) Преждевременными</li> <li>c) Ранними</li> <li>d) Очень ранними</li> </ul>
29	Каким будет считаться излитие околоплодных вод:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Преждевременное излитие околоплодных вод</li> <li>b) Раннее излитие околоплодных вод</li> <li>c) Высокое вскрытие плодного пузыря</li> <li>d) Излитие околоплодных вод своевременное</li> </ul>
30	С какой целью использовался наркоз?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Чтобы обезболить женщину во время вакуум-экстракции плода</li> <li>b) Чтобы выключить второй период</li> <li>c) Чтобы купировать приступ судорог</li> <li>d) Чтобы ускорить второй период</li> </ul>

ОПК-8

ОПК-13 **Задача 4.** В родильный блок поступила беременная К., 35 лет со сроком беременности 34-35 недель. Жалобы на отхождение околоплодных вод 13 часов назад. Родовая деятельность отсутствует. Данная беременность третья, 2 предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами на сроке 20 и 21 недели. Из гинекологических заболеваний

отмечает кольпит хламидийной этиологии. Получила во время настоящей беременности курс лечения эритромицином по 0,25 x 4 раза в день в течение 10 дней. Данные наружного акушерского исследования: окружность живота 83 см; высота дна матки 32 см. Предлежащая часть - головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды. При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без рубцов. Костное кольцо без экзостозов. Шейка матки расположена по проводной оси малого таза, длиной 1 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 1 п/пальца. Предлежит головка, кости ее мягкие. Плодного пузыря нет. Мыс не достижим.

№	Вопрос	Варианты ответа
31	Диагноз:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Первый период первых срочных родов. Головное предлежание. Осложнение: Преждевременный разрыв плодных оболочек (б.п. 13 ч). Соп: Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.</li> <li>b) Беременность 34-35 недель. Головное предлежание. Осложнения: Преждевременный разрыв плодных оболочек (б.п. 13 ч). Соп: Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.</li> <li>c) Первый период первых срочных родов. Головное предлежание. Осложнение: Раннее излитие околоплодных вод. Соп: Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез</li> <li>d) Беременность 34-35 недель. Головное предлежание. Осложнения: Раннее излитие околоплодных вод. Соп: Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.</li> </ul>
32	Какие роды называются преждевременными?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Преждевременными называются роды, происходящие с 31 по 33,6 недели беременности</li> <li>b) Преждевременными называются роды, происходящие с 22 по 27,6 недели беременности</li> <li>c) Преждевременными называются роды, происходящие с 28 по 30,6 недели беременности</li> <li>d) Преждевременными называются роды, происходящие с 36,6 по 42 недели беременности</li> </ul>
33	Что не относится к признакам незрелости плода?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Вес 500-2499 г,</li> <li>b) Пушковый волос;</li> <li>c) Кости головки мягкие</li> <li>d) Ногти выходят за край фаланги</li> </ul>
34	Что явилось причиной преждевременных родов в данном случае?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Преждевременное излитие околоплодных вод</li> <li>b) Хламидийная инфекция</li> <li>c) Терапия эритромицином во время беременности</li> <li>d) Отягощенный анамнез</li> </ul>
35	Какие осложнения родов могут иметь место у данной роженицы?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Гипоксия и родовой травматизм плода.</li> <li>b) Разрыв матки</li> <li>c) Развитие преэклампсии</li> <li>d) Травма мягких родовых путей</li> </ul>
36	Лечение	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Токолиз</li> <li>b) Профилактика РДС плода</li> <li>c) Антибиотикотерапия</li> <li>d) Все перечисленное</li> </ul>
37	Через какое время назначается антибиотикопрофилактика при преждевременном разрыве	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Через 12 часов</li> <li>b) Через 18 часов</li> </ul>

	плодных оболочек при недоношенном сроке	c) Сразу после постановки диагноза d) Через 6 часов
38	Каким препаратом из перечисленных проводится профилактика РДС плода	a) Дексаметазон b) Ампициллин сульбактам c) Преднизолон d) Атропин
39	При каком характере околоплодных вод потребуется кесарево сечение в экстренном порядке?	a) Зеленые b) Светлые c) Тиноподобные d) Желтоватые
40	Оцените зрелость шейки матки по балам по шкале Апгар	a) 8-9 баллов b) 5-6 баллов c) 1-2 баллов d) 3-4 баллов

ОПК-8

**ОПК-13 Задача 5.** Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок. Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений. Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 101 см. Высота дна матки - 39 см. Размеры таза: 26-28-31-20. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Схватки переходят в потуги. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, ее занят верхний край лона и терминальная линия. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс крестца не достижим.

№	Вопрос	Варианты ответа
41.	Поставьте диагноз.	a) Основной: Беременность 40 недель. Роды I срочные в затылочном предлежании. II период. b) Основной: Беременность 37 недель. Роды I преждевременные в затылочном предлежании. II период. c) Осн: II период I срочных родов в головном предлежании. Осл: Клинически узкий таз. d) Основной: II период I срочных родов в тазовом предлежании.
42.	Как называется таз, при котором имеется несоответствие между размерами головки плода и тазом матери, диагностированное во II периоде родов?	a) Клинически узкий таз b) Общеравномерносуженный таз c) Плоскорихитический таз d) Анатомически узкий таз
43.	О чем свидетельствует признак отсутствия продвижения головки по родовому каналу при хорошей родовой деятельности?	a) Первичная слабость родовой деятельности b) Патологический прелиминарный период c) Клинически узкий таз d) Дискоординация родовой деятельности
44.	Какие признаки свидетельствуют о наличии клинически узкого таза?	a) Размеры таза: 23-25-29-18 b) Оценка состояния плода по кардиотокограмме 6 баллов c) Положительный признак Вастена. Отсутствие

		<p>продвижения головки по родовому каналу при хорошей родовой деятельности. Отек шейки матки, симулирующий неполное открытие. Появление потуг при высоко стоящей головке. Задержка мочеиспускания или появление примеси крови в моче.</p> <p>d) Длительность II периода, превышающая 20 мин.</p>
45.	При каком открытии маточного зева можно оценивать признаки несоответствия размеров головки плода тазу матери?	<p>a) 2-3 см b) 4 см c) 8 см d) 10 см</p>
46.	Какой метод родоразрешения используется при выявлении признаков несоответствия размеров головки плода тазу матери?	<p>a) Консервативные роды b) Индуцированные роды c) Роды с использованием вакуум-экстракции плода системой KIWI d) Кесарево сечение.</p>
47.	При какой предполагаемой массе тела плода в головном предлежании выставляется DS: Крупный плод	<p>a) Более 3500 гр b) Более 3600 гр c) Более 3800 гр d) Более 4000 гр</p>
48.	При какой предполагаемой массе тела плода в тазовом предлежании выставляется DS: Крупный плод	<p>a) Более 3500 гр b) Более 3600 гр c) Более 3800 гр d) Более 4000 гр</p>
49.	При постановке диагноза: Клинически узкий таз, в каком порядке родоразрешается пациентка?	<p>a) В плановом порядке b) В запланированном порядке c) В срочном порядке d) В экстренном порядке</p>
50.	О каком виде сужения свидетельствует уменьшение всех размеров таза при пельвиометрии на 1,5 см и более?	<p>a) Клинически узкий таз b) Общеравномерносуженный таз c) Плоскорихитический таз d) Анатомически узкий таз</p>
<p>ОПК-8</p> <p>ОПК-13 <b>Задача 6.</b> Родильница М., 33 лет повторнородящая на 4-ые сутки послеродового периода предъявила жалобы на обильные лохии с запахом. Страдает хроническим пиелонефритом в течение 2-х лет. Беременность IV, первая беременность закончилась родами, II и III медицинскими абортами, которые осложнились острым эндометритом. Настоящие роды длились 19 часов 20 минут. Температура тела 38,6. Объективно: Кожные покровы влажные, бледность слизистых оболочек. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, сердцебиение ритмичное. АД 110 и 70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 92 уд. Печень и селезенка не пальпируются. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Пастернацкого справа слабо положительн. Матка мягковатая 15 см над лоном, болезненная при пальпации. Выделения из половых путей мутно-сукровичные, обильные с запахом. Бимануально: Шейка матки окончательно не сформирована, цервикальный канал свободно пропускает 2 поперечных пальца. Матка мягкая, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки не определяются; своды свободные. Выделения мутные с запахом.</p>		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
51.	Поставьте диагноз.	<p>a) Осн: Роды II срочные затяжные. Осл: послеродовый эндометрит. Соп: ОАГА. Хронический пиелонефрит, ремиссия.</p> <p>b) Осн: Роды II срочные. Осл: послеродовый эндометрит. Соп: ОАА. Хронический пиелонефрит, ремиссия.</p> <p>c) Осн: Роды IV срочные затяжные. Осл:</p>

		<p>послеродовый эндометрит. Соп: ОАА. Хронический пиелонефрит, ремиссия.</p> <p>d) Осн: Роды II срочные затяжные.</p>
52.	Какой симптом послеродового эндометрита является патогномоничным?	<p>a) Дно матки на 4 сутки после родов пальпируется на 1 см выше лона</p> <p>b) Наличие у роженицы мутных обильных лохий с запахом.</p> <p>c) Гипертермия до 37,5 С, при измерении Т тела в подмышечной впадине на 2-4 сутки послеродового периода</p> <p>d) Наличие у роженицы кровянистых лохий в умеренном количестве, без запаха</p>
53.	Что является входными воротами для инфекции при послеродовом эндометрите?	<p>a) Разрыв промежности II степени</p> <p>b) Разрыв задней спайки</p> <p>c) Послеродовая матка</p> <p>d) Разрыв влагалища</p>
54.	Какие заболевания женских половых органов провоцируют возникновение послеродового эндометрита.	<p>a) Хронические воспалительные заболевания женских половых органов.</p> <p>b) Миома матки.</p> <p>c) Децидуальный полип.</p> <p>d) Эрозия шейки матки.</p>
55.	Какие экстрагенитальные заболевания способствуют возникновению послеродового эндометрита?	<p>a) Хронический пиелонефрит, сахарный диабет, анемия, хронический тонзиллит, кариозные зубы.</p> <p>b) Кисты головного мозга.</p> <p>c) Проплапс митрального клапана.</p> <p>d) Артериальная гипертензия.</p>
56.	Какие осложнения родов играют роль в развитии послеродового эндометрита.	<p>a) Аномалии родовой деятельности</p> <p>b) Длительный безводный период</p> <p>c) Кровотечение</p> <p>d) Все вышеперечисленное</p>
57.	Какие изменения в ОАК свидетельствуют о возможном развитии послеродового эндометрита?	<p>a) Уровень лейкоцитов 6,0 x 10x9 /л, палочкояд. – 2%, Hb – 115 г/л</p> <p>b) Уровень лейкоцитов 4,0 x 10x9 /л, палочкояд. – 3%, Hb – 120 г/л</p> <p>c) Уровень лейкоцитов 9,0 x 10x9 /л, палочкояд. – 1%, Hb – 110 г/л</p> <p>d) Уровень лейкоцитов 16,0x 10x9 /л, палочкояд. – 10%, Hb – 95 г/л</p>
58.	Какие дополнительные методы обследования используются с целью диагностики послеродового эндометрита?	<p>a) Rg – графия органов малого таза</p> <p>b) УЗИ гениталий</p> <p>c) Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей</p> <p>d) Ректороманоскопия</p>
59.	Основные направления терапии в лечении послеродового эндометрита:	<p>a) Утеротоническая</p> <p>b) Антибактериальная</p> <p>c) Спазмолитическая</p> <p>d) Все перечисленное верно</p>
60.	Ранней выпиской после консервативных, неосложненных родов считается выписка в какие сроки?	<p>a) 3 сутки</p> <p>b) 5 сутки</p> <p>c) 7 сутки</p> <p>d) 10 сутки</p>
ОПК-8		

<p><b>ОПК-13Задача 7.</b> Описание ситуации: Роженица 3., 27 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью (40 недель) и регулярными схватками, начавшимися 5 часов назад. Данные анамнеза. Наследственность неотягощена, перенесла дифтерию, скарлатину, брюшной тиф. Менструации с 14 лет, установились через 6 месяцев, продолжительностью 3 дня через 21 день, умеренные, безболезненные. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья - медицинскими абортами. Беременность протекала нормально. Наблюдалась в женской консультации. Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Температура тела - 36,5 С, пульс - 76 ударов в 1 мин, АД - 120/80 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Живот овоидной формы, окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки - 38 см, размеры таза: distantia spinarum - 26 см, distantia cristarum - 28 см, distantia trochanterica - 30 см, conjugata externa - 20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка находится высоко над входом в малый таз, подвижная, больших размеров. Кости черепа истончены, что создает впечатление пергаментного хруста при пальпации головы плода. Сердцебиение плода выслушивается слева на уровне пупка, частота 136 ударов в минуту. Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки укорочена до 1 см, открытие на 3 пальца (6 см), плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая часть - головка, расположена высоко над входом в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Обращает на себя внимание необычная ширина шва (более 1 см), обширный флюктуирующий малый родничок слева, ближе к лобку, смещающиеся кости черепа. Мыс крестца не достигается.</p>		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
61	Диагноз	<p>a) I период II срочных родов. Головное предлежание. Гидроцефалия плода.</p> <p>b) II период II срочных родов. Головное предлежание. Гидроцефалия плода.</p> <p>c) II период II срочных родов. Головное предлежание</p> <p>d) I период II срочных родов. Головное предлежание.</p>
62	Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.	<p>a) предлежащая часть - головка, при влагалищном исследовании - шейка матки укорочена. Гидроцефалия плода подтверждается данными наружного.</p> <p>b) Гидроцефалия плода подтверждается данными наружного акушерского (предлежит голова больших размеров, кости черепа истончены, при пальпации ощущается пергаментный хруст податливых тонких костей черепа.</p> <p>c) предлежащая часть - головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева ближе к лобку; роженица поступила с регулярными схватками, при влагалищном исследовании - шейка матки укорочена до 1 см, открыта на 3 пальца (6 см).</p> <p>d) роды срочные, повторные; предлежащая часть - головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева ближе к лобку; роженица поступила с регулярными схватками, при влагалищном исследовании - шейка матки укорочена до 1 см, открыта на 3 пальца (6 см). Гидроцефалия плода подтверждается данными наружного акушерского осмотра (предлежит голова больших размеров, кости черепа истончены, при пальпации ощущается пергаментный хруст податливых тонких костей</p>

		череп) и влагалищного (стреловидный шов необычно широкий - более 1 см, малый родничок обширный, флюктуирующий, кости черепа смещаются) исследований.
63	Дополнительный диагностический метод исследования?	a) МРТ b) УЗИ c) КТ d) амниоцентез
64	Осложнения в родах в своевременно не распознанных случаях гидроцефалии плода.	a) материнский травматизм (разрыв матки) b) Преэклампсия c) HELLP-синдром d) Эмболия околоплодными водами
65	Прогноз для плода	a) Благоприятный b) Не благоприятный c) Нет данных
66	В консультации врача какой специальности нуждается роженица после родов в связи с рождением ребенка с гидроцефалией?	a) Генетика b) Кардиолога c) Хирурга d) офтальмолога
67	На каком сроке должен быть поставлен диагноз	a) 12-14 недель b) 20-22 недель c) 30-32 недель d) После рождения
68	Способ родоразрешения	a) Самопроизвольные роды b) Кесарево сечение
69	Размеры distantia spinarum	a) 20-22 b) 23-24 c) 25-26 d) 29-30
70	Когда проводится I скрининг	a) 5-6 недель b) 10-12 недель c) 20-22 недель d) 30-32 недель

ОПК-8

ОПК-13 **Задача 8.** В роддом поступила первобеременная Б., 25 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 4 часов и отхождение околоплодных вод в течение 5 часов. Срок беременности 36-37 недель. Соматический и акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Беременность первая. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. АД 110/70 мм рт. ст, пульс 80 в минуту, t - 36,6°C. ВДМ 42 см, ОЖ 110 см. размеры таза 26-28-30-20 см. Схватки через 4-5 минут по 25 секунд, средней интенсивности. Положение первого плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Положение второго плода продольное, головка в дне матки. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, до 140 в мин. Подтекают зеленые околоплодные воды. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей. На коже промежности, слизистой влагалища имеются множественные герпетические высыпания. Костное кольцо без экзостозов. Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие маточного зева на 1,5 п/пальца (3 см). Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, кости головки мягковатые, швы и роднички широкие. Мыс не достигается.

№	Вопрос	Варианты ответа
71	Поставьте диагноз.	a) I период I преждевременных родов при сроке 36-37 недель беременности. Двойня. Осл: Преждевременный разрыв плодных оболочек (б. п. 5 ч). Соп: Острая герпетическая инфекция.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b) I период срочных родов при сроке 36-37 недель беременности. Двойня. Осл: Преждевременный разрыв плодных оболочек (б.п. 5 ч). Соп: Острая герпесная инфекция.</li> <li>c) I период I преждевременных родов при сроке 36-37 недель беременности. Двойня. Осл: Преждевременный разрыв плодных оболочек</li> <li>d) I период I срочных родов при сроке 36-37 недель беременности. Двойня. Осл: Преждевременный разрыв плодных оболочек</li> </ul>
72	Назовите причину преждевременных родов в данном случае.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Многоплодная беременность</li> <li>b) Острая герпетическая инфекция.</li> <li>c) Первая беременность</li> <li>d) Зеленые околоплодные воды</li> </ul>
73	Оцените динамику раскрытия шейки матки в данном случае.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Замедленный</li> <li>b) Быстрый</li> <li>c) Нормальный</li> </ul>
74	Тактика родоразрешения в данном случае.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Самопроизвольные роды</li> <li>b) Кесарево сечение</li> </ul>
75	О чем свидетельствует цвет околоплодных вод в данной ситуации?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Внутриутробное инфицирование</li> <li>b) Гипоксия плода</li> <li>c) Асфиксия плода</li> <li>d) Норма</li> </ul>
76	Особенности выдачи декретного отпуска в данном случае.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) С 28 недель на 156 дней</li> <li>b) С 30 недель на 156 дней</li> <li>c) С 28 недель на 140 недель</li> <li>d) С 30 недель на 140 недель</li> </ul>
77	Что не входит в состав околоплодных вод?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Продукты жизнедеятельности плода</li> <li>b) Волосы, секрет сальных желез</li> <li>c) Кровь</li> <li>d) Ферменты, белки</li> </ul>
78	Что такое экзостозы в данном случае?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Костные выросты у плода</li> <li>b) Костное разрастание костей малого таза</li> <li>c) Соединительно-тканые разрастания в миометрии матки</li> <li>d) Утолщение костей</li> </ul>
79	Оцените шейку матки по шкале Бишопа	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) 6-7 баллов</li> <li>b) 6-5 баллов</li> <li>c) 5-4 баллов</li> <li>d) 4-3 балла</li> </ul>
80	Какими являются преждевременные роды?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Очень ранние преждевременные</li> <li>b) Ранние преждевременные</li> <li>c) Преждевременные</li> <li>d) срочные</li> </ul>

**ОПК-8**

**ОПК-13 Задача 9.** Родильница И., 26 лет. Рост 172 см Вес 79 кг. После срочных родов находится на родовом столе. Роды без особенностей. Плацента отделилась легко, цела. Через 1 час после их окончания при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. и продолжают яркие кровянистые выделения. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается. В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без осложнения, 2 -самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией. Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 удара в минуту. АД 115/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей - алая кровь.

№	Вопрос	Варианты ответа
81	Какое осложнение развилось?	a) гипертонус матки b) гипотония матки c) атония матки d) осложнений нет
82	Признаки гипотонии матки	a) матка плотная, ниже пупка, реагирует адекватно на массаж b) матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо c) кровотечение при плотной матке d) болезненные сокращения матки
83	Каковы основные причины кровотечения во время родов:	a) травма b) тромб c) тонус d) ткань e) все ответы правильные
84	Факторы приводящие к гипотонии матки (исключить неправильный ответ)	a) многоводие b) многоплодие c) неправильное положение плода d) гестационный сахарный диабет
85	Тактика врача при гипотонии матки	a) введение утеротоников b) введение токолитиков c) введение адреналина d) введение дротаверина
86	Какое кровотечение называется ранним послеродовым	a) В последовом периоде b) Менее 1 часа после родов c) Менее 2х часов после родов d) Больше 2х часов после родов
87	Выделение какой крови характерны при предлежании плаценты	a) Со сгустками b) Алая кровь c) Темная кровь d) Гемолизированная кровь
88	Что называется срочными родами	a) после 38 нед беременности b) после 37 нед беременности c) после 22 недель беременности d) после 40 недель беременности
89	Что называется очень ранними преждевременными родами	a) с 22 по 24 нед b) с 22 по 37 нед c) с 22 по 28 нед d) с 34 по 37 нед
90	Оцените кровопотерю на данном этапе	a) патологическая b) физиологическая c) критическая

ОПК-8

ОПК-13 **Задача 10.** Роженица С, 35 лет, поступила в роддом с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Роды в срок.

Гинекологический анамнез: миома матки небольших размеров. Беременность III, первая закончилась нормальными родами, II - мед. аборт на сроке 7-8 недель. Настоящая беременность III. Женскую консультацию посещала нерегулярно.

Женщина правильного телосложения, умеренного питания: рост 165, масса 80 кг. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, отеков нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. PS - 68 уд/мин. АД 110/70. Д=Б. Изменений со стороны

внутренних органов не выявлено.  
 При наружном осмотре живот вытянут в поперечном направлении. ОЖ - 118 см; ВДМ - 31. Дно матки широкое, плоское, расположено низко. В боковых отделах матки определяются: справа - крупная мягкой консистенции часть, слева - округлая плотная баллотирующая часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка до 140 уд/мин, ясное, ритмичное. Воды не отходили. Схватки по 25-30 секунд через 4 минуты, средней силы. Размеры таза 26-29-31-21. Индекс Соловьева - 14,5 см; Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см.  
 Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное без рубцов. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева 3 поперечных пальца (6 см). Плодный пузырь цел. Во время схватки хорошо наливается. Предлежащую часть ни через плодный пузырь, ни через передние своды обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза недостаточная, экзостозов нет.

№	Вопрос	Варианты ответа
91	Диагноз?	а) 1 период 2 срочных родов. Поперечное положение плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез б) Беременность 39 недель. Прелиминарный период в) 2 период 2 срочных родов. Поперечное положение плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. г) 3 период 2 срочных родов. Поперечное положение плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
92	Оцените размеры таза у женщины	а) Нормальный таз б) Общеравномерносуженный таз в) Поперечносуженный таз г) Кососмещенный таз
93	Каким считается положение плода, если ось плода и ось матки образуют угол в 90°	а) Продольное б) Поперечное в) Косое г) тазовое
94	Какую форму имеет матка при наружном осмотре в случае поперечного положения плода	а) форму шара б) форму квадрата в) форму поперечного овала г) форму треугольника
95	Как определяется позиция плода при поперечном положении плода	а) по головке б) по ручкам в) по тазовому концу г) по спинке
96	Тактика врача	а) выжидательная, при полном открытии накладывание акушерских щипцов б) экстренное кесарево сечение в) поворот плода на ножку г) кесарево сечение в плановом порядке
97	Будет ли соответствовать ВДМ и ОЖ сроку беременности при поперечного положения плода	а) Высота стояния дна матки ниже, чем полагается по сроку беременности, окружность живота

		<p>ниже</p> <p>b) Высота стояния дна матки ниже, чем полагается по сроку беременности, окружность живота больше</p> <p>c) Высота стояния дна матки больше, чем полагается по сроку беременности, окружность живота ниже</p> <p>d) Высота стояния дна матки больше, чем полагается по сроку беременности, окружность живота больше</p>
98	Что может быть баллотирующей частью	<p>a) Головка</p> <p>b) Тазовый конец</p> <p>c) Ручка</p> <p>d) спинка</p>
99	Чему в норме равен индекс Соловьева	<p>a) 14</p> <p>b) 15</p> <p>c) 16</p> <p>d) 11</p>
100	Нормальные значения сердцебиения плода	<p>a) 120-180</p> <p>b) 120-160</p> <p>c) 100-180</p> <p>d) 100-160</p>

**Таблица: Ключи к вопросам ситуационных задач.**

№ вопроса	Ответ						
1	A	26	C	51	A	76	A
2	A	27	C	52	B	77	C
3	A	28	A	53	C	78	B
4	A	29	D	54	A	79	A
5	D	30	B	55	A	80	C
6	B	31	B	56	D	81	A
7	A	32	A	57	D	82	B
8	B	33	D	58	B	83	C
9	A	34	B	59	D	84	D
10	D	35	A	60	A	85	A
11	A	36	D	61	A	86	C
12	C	37	C	62	D	87	B
13	C	38	A	63	B	88	B
14	D	39	C	64	A	89	C
15	A	40	B	65	B	90	B
16	A	41	C	66	A	91	A
17	B	42	A	67	B	92	A
18	A	43	C	68	B	93	B
19	A	44	C	69	C	94	C
20	C	45	D	70	B	95	A
21	A	46	D	71	A	96	B
22	C	47	D	72	B	97	B
23	A	48	A	73	C	98	A
24	A	49	D	74	B	99	A
25	B	50	B	75	A	100	B

## Ситуационные задачи по блоку «Гинекология» для контроля знаний студентов стоматологического факультета по дисциплине «Акушерство»

ОПК-8		
ОПК-13 <b>Задача 1.</b> Больная Т, 29 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения.		
Анамнез: в детстве перенесла ангину, ОРЗ. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 26 дней), умеренные безболезненные.		
Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 3 (роды 1, мед. аборт - 2). 1.5 месяца назад появились бели и контактные кровянистые выделения.		
Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны органов и систем отклонений от нормы не обнаружено.		
Осмотр мри помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидно-слизистыми выделениями, размерами 2х1.5 см, легко кровоточащая при контакте. Наружный зев закрыт.		
Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений, Оволосение на лобке по женскому типу. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. Выделения - бели с примесью крови.		
Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища, цервикального канала, уретры и прямой кишки гонококка не обнаружено. В мазке на степень чистоты - лейкоциты в большом количестве, микрофлора смешанная.		
Цитологическое исследование: определяется пролиферация цилиндрического эпителия (укрупнение ядер большинства клеток).		
№	Вопрос	Варианты ответа
1	Диагноз?	а) эктопия шейки матки б) эрозия шейки матки в) цервицит г) верно а и в
2	С чем нужно проводить дифференциальный диагноз?	а) дисплазия шейки матки б) рак шейки матки в) эктропион шейки матки г) верно а и в
3	Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?	а) пробу Шиллера б) кольпоскопию в) биопсию шейки матки г) все ответы верные
4	Какие заболевания шейки матки относятся к доброкачественным?	а) аденоматоз б) полип в) лейкоплакия с атипией г) эктопия
5	Какие заболевания шейки матки относятся к предраковым процессам?	а) эктропион б) дисплазия шейки матки в) лейкоплакия г) эндометриоз
6	Каков ведущий метод лечения эктопий шейки матки?	а) лазерная вапоризация б) диатермокоагуляция в) медикаментозная терапия г) криодеструкция
7	Сколько раз можно осуществлять коагуляцию шейки матки при рецидивах патологических процессов?	а) один раз б) дважды в) трижды г) неограниченно

8	На какой день менструального цикла рекомендуется осуществлять диатермокоагуляцию?	a) накануне очередной менструации (за 2-3 дня). b) во время менструации c) после менструации(через 2-3 дня) d) не имеет значения
9	Какое лечение необходимо проводить?	a) противовоспалительное и репаративное b) репаративное и гормональное c) противовоспалительное и гормональное d) противовоспалительное, репаративное и гормональное
10	Медикаментозная терапия	a) ваготил b) солковагин c) солкодерм d) все ответы верные

ОПК-8

ОПК-13 **Задача 2.** Больная М., 20 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 3 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, скарлатина, воспаление легких, хронический пиелонефрит.

Менструации с 15 лет, по 5 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 17 лет в одном браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Артериальное давление 100 и 55 мм рт. ст. Пульс 96 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные.

Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

№	Вопрос	Варианты ответа
11	Диагноз?	a) апоплексия яичников. геморрагический шок I степени тяжести. b) апоплексия яичников. геморрагический шок II степени тяжести. c) острый аппендицит d) внематочная беременность
12	С какими экстрагенитальными заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?	a) острый аппендицит b) внематочная беременность c) острый холецистит d) верно а и с
13	Причины данной патологии	a) травма живота b) поднятие тяжести c) неправильное положение матки d) все ответы верные
14	С какими гинекологическими	a) с прервавшейся внематочной беременностью и с

	заболеваниями стоит проводить дифференциальный диагноз:	прервавшейся маточной беременностью раннего срока b) с обострением хронического воспаления придатков матки c) с прервавшейся внематочной беременностью, с прервавшейся маточной беременностью раннего срока, обострением хронического воспаления придатков матки d) с прервавшейся внематочной беременностью и с обострением хронического воспаления придатков матки
15	Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?	a) определить гемоглобин, эритроциты, гематокрит, группу и резус принадлежность крови b) определить гемоглобин, эритроциты, гематокрит c) биохимия крови и ОАМ в) нет правильного ответа
16	Современные методы лечения легкой формы апоплексии яичника	a) удаление яичника b) клиновидная резекция c) холод на нижнюю часть живота d) гемостатическая терапия, медикаментозное лечение

ОПК-8

ОПК-13 **Задача 3.** Больная А., 28 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в нижней части живота и пояснице.

Анамнез: Менструации с 11 лет, установились через 3 года, по 7 дней через 30 дней, регулярные, болезненные, обильные. Последние 5 месяцев длятся по 2 дня. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 19 лет. Беременностей 4: (1 - закончилась родами, 3 - искусственными абортами).

Перенесла воспаление придатков матки. Три года назад была госпитализирована в стационар с диагнозом апоплексия яичников. Проведено консервативное лечение. В последние дни беспокоят сильные боли в нижней части живота и поясничной области.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки, бледно-розового цвета. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизисто-сукровичные, скудные. Бимануально: тело матки в anteflexio, нормальных размеров, плотное подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется объемное образование размерами 7\*6\*7 см, плотноэластической консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации. Слева придатки не определяются. Задний свод болезненный при осмотре.

№	Вопрос	Варианты ответа
17	Диагноз	a) апоплексия правого яичника b) разрыв капсулы кисты правого яичника. c) хроническое воспаление придатков матки d) острый аппендицит
18	С какими экстрагенитальными заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?	a) острый пиелонефрит b) острый холецистит c) острый аппендицит d) все ответы верные
19	С какими гинекологическими заболеваниями следует	a) с нарушением питания опухоли яичника b) с некрозом миоматозного узла, пиосальпинксом

	проводить дифференциальную диагностику?	с) верно а и b d) с нарушением питания опухоли яичника, с апоплексией яичника
20	Классификация кист	a) эндометриоидная киста b) параовариальная киста c) киста из атрезированного фолликула d) все ответы верны
21	Современные методы лечения данной патологии	a) вылущивание кисты и ушивание яичника b) консервативное лечение c) дренирование кисты d) все ответы не верны

ОПК-8

ОПК-13 **Задача 4.** Больная О., 38 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4-х лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез» в детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией, последние 3 года дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней через 30 дней) умеренные, безболезненные. Последние 2 года - через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами. Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Всего было 2 беременности, обе (сроки 10 и 9 недель) закончились искусственными абортами без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на его верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, стул и мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные показатели: общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты- $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ - 18 мм/ч.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, из цервикального канала шейки матки исходит узел, диаметром 3 см. на тонкой ножке. Матка имеет размеры слегка больше нормы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

№	Вопрос	Варианты ответа
22	Диагноз	a) миома матки небольших размеров с гиперполименореей, приводящей к анемии. Рождающийся субмукозный узел b) саркома матки с гиперполименореей, приводящей к анемии. c) доброкачественная опухоль яичников d) все ответы неправильные
23	Перечислите возможные осложнения при миоме матки	a) некроз узла b) малигнизация узла c) рождение субмукозного узла d) все ответы верны
24	Основные методы	a) бимануальный осмотр

	диагностики роста миомы матки при диспансерном наблюдении	b) УЗИ c) оба варианта верны в) оба варианта не верны
25	Тактика лечения больной включает в себя	a) удаление рождающегося субмукозного узла влагалищным доступом, с последующим гистологическим исследованием b) антибактериальная терапия c) консервативная гемостатическая и гемостимулирующая терапия d) все ответы верны
26	Рекомендации по наблюдению и ведению больной после выписки из стационара	a) продолжить гемостимулирующую терапию до 3-х месяцев с контролем анализа крови b) наблюдение врача-гинеколога 1 раз в 3 месяца c) верны оба варианта d) верного ответа нет
<p>ОПК-8</p> <p>ОПК-13 <b>Задача 5.</b> Больная К., 25 лет обратилась по поводу нерегулярных менструаций и отсутствия беременности в течение 2 лет при регулярной половой жизни без контрацепции. В анамнезе: частые простудные заболевания, ангины, хронический холецистит, аппендэктомия в возрасте 16 лет. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 40-45 дней, последние 2 года задержки до 3-4 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад. Объективно: рост 162 см., масса 82 кг; отложение жировой клетчатки равномерное. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы чистые, обнаружены стержневые волосы на верхней губе, подбородке, вокруг сосков и задней поверхности бедер. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Гинекологический статус: лобковое оволосение интерсексуального типа, обильный рост волос на промежности. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. Наружный зев цервикального канала 4 мм в диаметре, наполнен прозрачной слизью. Бимануально: влагалище узкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см. Тело матки в anteversio-flexio, не увеличено, плотноэластической консистенции, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные плотные безболезненные яичники. Своды и параметрии свободны, безболезненны. Выделения слизистые, в умеренном количестве.</p>		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
27.	Диагноз?	a) врожденная дисфункция коры надпочечников b) синдром поликистозных яичников. Первичное бесплодие. c) оба ответа верны d) оба ответа неверны
28.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику синдрома поликистозных яичников?	a) с патологией коры надпочечников b) с аденогенитальным синдромом (АГС), c) с патологией ЦНС в) все ответы верны
29.	Какие дополнительные методы исследования следует провести?	a) УЗИ внутренних половых органов, надпочечников, Rg-графию черепа и турецкого седла b) только УЗИ внутренних половых органов c) только Rg-графию черепа и турецкого седла d) ничего из перечисленного
30.	Какие гормональные	a) содержание в крови АКТГ, ЛГ, ФСГ

	исследования следует провести дифференциальной диагностики?	для b) содержание в крови пролактина, эстрогенов, прогестерона, тестостерона, c) 17-КС в моче d) все вышеперечисленное
31.	Какова тактика ведения больных с синдромом поликистозных яичников?	a) консервативная b) хирургическая c) верно и а и b d) ничего из перечисленного
<p>ОПК-8</p> <p>ОПК-13 <b>Задача 6.</b> Больная О., 26 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в низу живота, рези при мочеиспускании, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту.</p> <p>Менструальная функция с 14 лет, не нарушена. Последняя менструация началась 6 дней назад, в срок.</p> <p>Половая жизнь с 20 лет. Имела 1 роды, 2 артифициальных аборта. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков в течение 2 лет.</p> <p>Заболела остро: появились боли в низу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.</p> <p>Объективно: температура - 38,6°C, пульс - 98 в мин., АД - 110/65 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, лейкоциты - 18,4x10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 36 мм/ч.</p> <p>Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное.</p> <p>Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.</p> <p>Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.</p>		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
32.	Предположительный диагноз	a) эндометрит b) обострение хронического воспаления матки и придатков, пельвиоперитонит (специфической этиологии) c) кольпит d) бактериальный вагиноз
33.	К специфическим воспалительным заболеваниям женской половой системы относится	a) трихомониаз b) хламидиоз c) микоплазмоз d) все перечисленное
34.	Какие существуют пути заражения гонореей	a) половой b) бытовой c) внутриутробный d) всё перечисленное верно
35.	Какие существуют методы провокации воспалительного процесса	a) химический b) алиментарный c) биологический d) все ответы верны
36.	Откуда берутся мазки для выявления гонококков	a) уретра b) цервикальный канал c) прямая кишка d) все ответы верны
ОПК-8		

<p><b>ОПК-13Задача 7.</b> В женскую консультацию обратилась 28-летняя замужняя женщина, имеющая одного полового партнера, с просьбой подобрать метод контрацепции. Половая жизнь регулярная. Имеет одного ребенка.</p> <p>Состоит на учете по поводу хронического тромбоза нижних конечностей.</p> <p>Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 30-35 дней. Последняя менструация неделю назад.</p> <p>Объективно: рост 162 см, масса 57 кг; телосложение нормостеническое. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы сухие, чистые.</p> <p>Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.</p> <p>Гинекологический статус: без особенностей.</p> <p>Осмотр на зеркалах: слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. Наружный зев щелевидный.</p> <p>Бимануально: влагалище емкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см. Тело матки в anteversio-flexio, не увеличено, плотноэластической консистенции, подвижное, безболезненное. При пальпации в области придатков болезненности не выявлено.</p> <p>Своды глубокие, свободные.</p> <p>Выделения слизистые, в умеренном количестве.</p>		
№	Вопрос	Варианты ответа
37	Какой метод контрацепции лучше назначить этой пациентке	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ВМС «Мирена»</li> <li>b) барьерный метод</li> <li>c) спермициды</li> <li>d) инъекционные контрацептивы</li> </ul>
38	Понятие "планирование семьи", вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают семьям:	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) избежать нежелательной беременности</li> <li>f) регулировать интервалы между беременностями</li> <li>g) производить на свет желанных детей</li> <li>h) повышать рождаемость</li> <li>i) все ответы правильные</li> </ul>
39	Индекс Перля – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) количество беременностей, возникших у 100 женщин, использовавших один метод контрацепции в течение года</li> <li>f) количество беременностей, возникших у 100 женщин, использовавших разные методы контрацепции в течение года</li> <li>g) количество беременностей у 100 женщин за 1 год без применения контрацепции</li> </ul>
40	Введение ВМС после родов возможно	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) через 4 недели</li> <li>f) через 6-8 недель</li> <li>g) через 6 месяцев</li> </ul>
41	Механизм действия комбинированных оральных контрацептивов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>d) подавление синтеза ФСГ и ЛГ, блок овуляции, регрессия эндометрия, сгущение цервикальной слизи</li> <li>e) сгущение цервикальной слизи, регрессия эндометрия, блок овуляции, подавление синтеза ФСГ, ЛГ</li> <li>f) блок овуляции, атрофия эндометрия, сперматотоксический эффект</li> </ul>
<p><b>ОПК-8</b></p> <p><b>ОПК-13Задача 8.</b> Пациентка 20-и лет обратилась в женскую консультацию с целью профилактики нежелательной в настоящее время беременности.</p> <p>Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, умеренные, болезненные, через 28-30 дней. Последняя</p>		

<p>менструация 3 дня назад.</p> <p>Половая жизнь с 18 лет, регулярная, в браке. Предохранение от беременности: ритм-метод. Беременностей: 1, прервана искусственным абортom без осложнений 4 месяца назад.</p> <p>Объективно: рост 165 см, масса 56 кг; телосложение нормостеническое. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы сухие, чистые.</p> <p>Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.</p> <p>Гинекологический статус: без особенностей.</p> <p>Осмотр на зеркалах: слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. Наружный зев щелевидный.</p> <p>Бимануально: влагалище узкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см. Тело матки в anteversio-flexio, не увеличено, плотноэластической консистенции, подвижное, безболезненное. При пальпации в области придатков болезненности не выявлено.</p> <p>Своды глубокие, свободные.</p>		
№	Вопрос	Варианты ответа
42	Предложите наиболее рациональный метод контрацепции в данном случае	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) КОК</li> <li>b) барьерный метод</li> <li>c) спермициды</li> <li>d) ВМС</li> </ul>
43	К микродозированным КОК относится	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Диане - 35</li> <li>b) Линдинет 20</li> <li>c) Белара</li> <li>d) Регулон</li> </ul>
44	При пропуске приема КОК больше 12 часов следует	<ul style="list-style-type: none"> <li>d) прекратить прием препарата</li> <li>e) принять сразу 2 таблетки</li> <li>f) принять пропущенную таблетку, затем в течение 14 дней дополнительная барьерная контрацепция</li> <li>g) принять сразу 2 таблетки, дополнительная контрацепция в течение 7 дней</li> </ul>
45	Сроки использования метода ЮСПЕ	<ul style="list-style-type: none"> <li>c) 5 дней после зачатия</li> <li>d) 48 часов после зачатия</li> <li>e) 72 часа после полового акта</li> <li>f) 1 сутки после полового акта</li> </ul>
46	Дублирующий (двойной, голландский) метод контрацепции – это:	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) использование одновременно презерватива и спермицидов</li> <li>f) использование одновременно оральных контрацептивов и барьерных методов (презерватива)</li> <li>g) использование одновременно КОК и ВМС</li> </ul>

47	Эстрогенный компонент в большинстве комбинированных оральных контрацептивов представлен препаратом	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) эстриол</li> <li>f) эстрон</li> <li>g) эстрадиол</li> <li>h) этинилэстрадиол</li> <li>i) эстрадиол валерат</li> </ul>
48	Механизм действия спермицидов	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) регрессия эндометрия</li> <li>f) сгущение цервикальной слизи</li> <li>g) разрушение сперматозоидов</li> <li>h) лишение сперматозоидов способности к реоаксису</li> </ul>
49	Возможная длительность приема гормональных контрацептивов:	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) 3 месяца – прием, 1 месяц – перерыв</li> <li>f) 2 года – прием, 6 месяцев – перерыв</li> <li>g) столь долго, сколько не нужна беременность</li> <li>h) только 5-6 лет</li> </ul>
50	В качестве контрацептивов чистые гестагены не рекомендуются женщинам с:	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) ожирением I-II степени</li> <li>f) лактацией</li> <li>g) хроническим воспалением придатков матки</li> <li>h) сахарным диабетом</li> <li>i) интенсивным курением в возрасте старше 35 лет</li> </ul>
ОПК-8		
ОПК-13 <b>Задача 9.</b> Больная 27 лет с первичным бесплодием поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки.		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
51	Каков оптимальный объем операции в данном случае?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) гистерэктомия</li> <li>f) дефундация матки</li> <li>g) надвлагалищная ампутация матки без придатков</li> <li>h) консервативная миомэктомия</li> <li>i) надвлагалищная ампутация матки, биопсия яичников.</li> </ul>
52	Субмукозный узел 0 типа располагается	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) полностью в полости матки</li> <li>f) большая часть межмышечно меньшая – в полости матки</li> <li>g) на ножке</li> <li>h) рождающийся узел</li> </ul>
53	Наиболее информативный метод диагностики межмышечной миомы матки	<ul style="list-style-type: none"> <li>f) влагалищное исследование</li> <li>g) ультразвуковое исследование</li> <li>h) гистеросальпингография</li> <li>i) гистероскопия</li> <li>j) лапароскопия</li> </ul>
54	Основной клинический симптом подслизистой миомы	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) хроническая тазовая боль</li> <li>f) альгодисменорея</li> </ul>

	матки	g) меноррагия h) вторичное бесплодие i) железодефицитная анемия
55	Для подслизистой миомы матки не характерно развитие	e) постгеморрагической железодефицитной анемии f) аменореи g) малигнизации узла h) инфицирования и некроза миоматозного узла
ОПК-8		
ОПК-13 <b>Задача 10.</b> Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в 1 мин, температура тела 37С. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом “зрочка” отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
56	Какой диагноз наиболее вероятен?	e) аномальное маточное кровотечение f) нарушенная внематочная беременность g) воспаление придатков матки h) миома матки i) неполный аборт
57	Оптимальный объем неотложной медицинской помощи?	e) экстренная лапаротомия, тубэктомия, инфузионно-трансфузионная терапия f) гормональный гемостаз эстроген-гестагенными препаратами, инфузионно-трансфузионная и утеротоническая терапия g) экстренное чревосечение, надвлагалищная ампутация матки, гемотрансфузия h) раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопа, гемотрансфузия i) инструментальное удаление остатков плодного яйца, инфузионная и утеротоническая терапия.
58	Противопоказания к назначению прогестагенов:	e) миома матки f) кистозная мастопатия g) альгодисменорея h) все перечисленные выше заболевания i) ни одно из перечисленных выше заболеваний
59	Характерные особенности миомы матки	d) это доброкачественная, гормонально-зависимая опухоль e) исходит из поперечнополосатой мышечной ткани f) наиболее часто встречается в пубертатном возрасте и у женщин раннего репродуктивного периода g) склонна к малигнизации h) все перечисленное выше верно
60	Оптимальный объем хирургического лечения при наличии миомы матки с расположением узла в шейке:	a) надвлагалищная ампутация матки b) консервативная миомэктомия с использованием влагалищного доступа c) гистерорезектоскопия d) экстирпация матки e) хирургического лечения миомы матки такой локализации не проводят
ОПК-8		

**ОПК-13Задача 11.** В гинекологическое отделение доставлена больная 33 лет, с обильными кровяными выделениями из влагалища. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренно болезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Было 3 беременности, из которых одна закончилась срочными родами, а две другие - искусственными абортами. Последние 5 лет не беременеет, не предохраняется. В последний год менструации стали нерегулярными (через 1.5-2 мес.). После 2-х месячной задержки менструация началась за 2 дня до поступления в отделение, обильная, со сгустками крови.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, слева имеется старый разрыв длиной 2 см. наружный зев пропускает кончик пальца. Смещение шейки болезненно. Тело матки находится в правильном положении, увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Область правых придатков свободна. Слева пальпируется яичник округлой формы, увеличенный до размеров 5x4x4 см., эластической консистенции, безболезненный.

Произведено раздельное выскабливание эндометрия и эндометрия. В первом случае – соскоб скудный, во втором – обильный.

Гистологическое исследование: в соскобе из полости матки выявлена ткань эндометрия, гиперплазированная, находящаяся в стадии секреции. Общий вид слизистой на разрезе напоминает швейцарский сыр.

№	Вопрос	Варианты ответа
61	Какой диагноз наиболее вероятен?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) аномальное маточное кровотечение</li> <li>f) киста яичника (фолликулярная)</li> <li>g) трубная беременность</li> <li>h) маточная беременность (выкидыш)</li> </ul>
62	Какие инструментальные методы можно применить в данной ситуации для уточнения диагноза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) УЗИ</li> <li>f) рентгенография органов желудочно-кишечного тракта</li> <li>g) ядерно-магнитный резонанс</li> <li>h) лапароскопия</li> <li>i) все перечисленное</li> <li>j) ничего из перечисленного</li> </ul>
63	Какие варианты лечения Вы рекомендуете при персистенции фолликула (фолликулярная киста яичника)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) выскабливание эндометрия</li> <li>f) синтетические прогестероны</li> <li>g) брюшно-кестцовый электрофорез по фазам менструального цикла</li> <li>h) все перечисленное верно</li> <li>i) ничего из перечисленного</li> </ul>
64	Из какого образования в яичнике развиваются фолликулы?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) соединительная</li> <li>f) плоский эпителий</li> <li>g) примордиальный фолликул</li> <li>h) нервная</li> </ul>
65	Что такое киста яичника?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) гемангиома</li> <li>f) ретенционное образование</li> <li>g) гематома</li> <li>h) фиброма</li> </ul>

**ОПК-8**

**ОПК-13Задача 12.** Больная, 45 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки на 1,5 месяца очередной менструации. Заболела впервые. Менструальный цикл до этого регулярный. Анамнез не отягощен.

При гинекологическом исследовании: шейка матки без патологии, симптом "зрачка" (++) , матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненны, своды глубокие.

№	Вопрос	Варианты ответа
66	Какой диагноз наиболее вероятен?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) аденомиоз</li> <li>f) внематочная беременность</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>g) фибромиома матки</li> <li>h) аномальное маточное кровотечение в пременопаузе</li> <li>i) рак эндометрия</li> </ul>
67	Наиболее рациональная тактика врача женской консультации	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) произвести цитологическое исследование аспирата полости матки, направить больную к онкологу</li> <li>f) поставить больную на диспансерный учет, назначить кровоостанавливающие и утеротонические средства</li> <li>g) направить больную на УЗИ</li> <li>h) направить больную в стационар</li> <li>i) провести гормональный гемостаз</li> </ul>
68	Меноррагия - это	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) ациклические маточные кровотечения</li> <li>f) циклические маточные кровотечения</li> <li>g) болезненные и обильные менструации</li> <li>h) пре- и постменструальные кровянистые выделения</li> <li>i) уменьшение продолжительности менструального цикла</li> </ul>
69	Какие состояния эндометрия относятся к предраковым?	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) железисто-кистозная гиперплазия</li> <li>f) железистый полип эндометрия</li> <li>g) атрофия эндометрия</li> <li>h) атипическая гиперплазия эндометрия</li> <li>i) все перечисленное</li> </ul>
70	К факторам риска развития предрака и рака эндометрия не относится	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) стойкая ановуляция</li> <li>f) ожирение и артериальная гипертензия</li> <li>g) длительное использование внутриматочного контрацептива</li> <li>h) сахарный диабет</li> <li>i) бесплодие эндокринного генеза</li> </ul>
<p><b>ОПК-8</b>  <b>ОПК-13</b><b>Задача 13.</b> Больной 32 года. 4 месяца тому назад перенесла пузырьный занос. Лечение не проводилось. Врачом не наблюдалась. Обратилась в женскую консультацию в связи с ациклическими кровянистыми выделениями из половых путей. Жалуется на недомогание, кашель, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При гинекологическом осмотре выявлено, что тело матки несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижно, безболезненно. Придатки не определяются, выделения скудные, кровянистые.</p>		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
71	Тактика врача женской консультации	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) проведение противовоспалительной терапии</li> <li>b) взятие аспирата из полости матки</li> <li>c) направление больной в стационар</li> <li>d) проведение гормонального гемостаза</li> </ul>
72	Наметьте схему инструментального обследования больной	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) ангиография сосудов малого таза.</li> <li>b) фиброгастроскопия</li> <li>c) рентгенография органов грудной клетки</li> </ul>

		d) колоноскопия
73	Какой метод исследования играет ведущую роль в диагностике в данной ситуации	a) гистероскопия b) кольпоскопия c) гистологическое исследование эндометрия d) ультразвуковое исследование органов малого таза
74	Какова тактика в случае установления у больной трофобластической болезни	a) срочное хирургическое лечение b) симптоматическая терапия c) химиотерапия d) лучевая терапия
75	Какой препарат не применяется для лечения трофобластической болезни	a) метатрексат b) циклофосфан c) дексаметазон d) актиномицин
ОПК-8 ОПК-13 <b>Задача 14.</b> У 30-летней пациентки при выскабливании полости матки по поводу начавшегося аборта при сроке беременности 12 недель диагностирован пузырный занос. Кровянистые выделения после выскабливания прекратились.		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
76	Какой может быть ближайшая тактика ведения больной	a) динамическое наблюдение b) повторное диагностическое выскабливание c) гистерэктомия d) гормональная терапия
77	Чем определяется дальнейшая тактика ведения	a) самочувствием пациентки b) титром ХГ в сыворотке крови и моче c) показателем уровня эстрогенов в сыворотке крови d) наличием сопутствующей экстрагенитальной патологии
78	Показания для хирургического лечения больной с хорионкарциномой	a) чадородный возраст b) резистентность опухоли к цитостатикам c) наличие метастазов во влагалище d) наличие метастазов в лёгких
79	Какой должна была бы быть тактика ведения больной при выявлении у неё пузырного заноса 4 месяца тому назад	a) контрольное диагностическое выскабливание эндометрия через месяц b) определение уровня ХГ в сыворотке крови раз в 3 месяца c) ежедневное определение уровня ХГ d) определение титра ХГ в течение 2-х месяцев еженедельно
80	Наиболее частая локализация метастазов при хорионкарциноме	a) во влагалище b) в яичниках c) в параметрии d) в печени e) в почках
ОПК-8 ОПК-13 <b>Задача 15.</b> Больная, 40 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные выделения из половых путей и контактные кровянистые выделения. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе трое родов и 9 искусственных абортов. Вторые роды завершились наложением акушерских щипцов и разрывом шейки матки. После родов производилась электрокоагуляция шейки по поводу эрозии. При гинекологическом исследовании:		

шейка матки эрозирована, гипертрофирована, деформирована вследствие послеродовых разрывов. Наружный зев зияет. Матка и придатки без особенностей. Параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и закрытых желез, участком эктопии на передней губе и лейкоплакия.		
№	Вопрос	Варианты ответа
81	Какое дополнительное обследование целесообразно в данном случае в первую очередь?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) цитологическое исследование мазков-отпечатков с экто- и эндоцервикса</li> <li>b) бактериологическое и вирусологическое исследование выделений из цервикального канала</li> <li>c) биопсия шейки матки</li> <li>d) определение опухолевого маркера</li> </ul>
82	Вероятные причины заболевания шейки у данной больной	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) травма шейки в родах</li> <li>b) неправильная диагностика и лечение патологии шейки матки в прошлом</li> <li>c) воспалительные заболевания шейки матки</li> <li>d) все перечисленное</li> </ul>
83	Наиболее информативный скрининг-тест для ранней диагностики рака шейки матки	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) простая кольпоскопия</li> <li>b) бимануальное ректо-вагинальное исследование</li> <li>c) цитологическое исследование мазков с эндо- и экзоцервикса</li> <li>d) вакуум-кюретаж канала шейки матки</li> <li>e) цитологическое исследование эндометриального аспирата</li> </ul>
84	Цитологическим эквивалентом понятия «дисплазия шейки матки» является	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) акантоз</li> <li>b) дискератоз</li> <li>c) гиперкератоз</li> <li>d) кариолизис</li> <li>e) все перечисленное</li> </ul>
85	Для лечения дисплазии шейки матки не применяются перечисленные методы	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) диатермокоагуляция</li> <li>b) электроконизация</li> <li>c) лазеротерапия</li> <li>d) конусовидная ампутация шейки по Штурмдорфу</li> <li>e) высокая ампутация шейки матки</li> </ul>
<p>ОПК-8</p> <p>ОПК-13 <b>Задача 16.</b> Больная, 50 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение по поводу кровотечения из половых путей.</p> <p>В анамнезе папилломовирусная инфекция гениталий, беспорядочная половая жизнь, 6 искусственных абортов. Гинекологом не осматривалась 6 лет.</p> <p>Состояние пациентки тяжелое, за счет выраженной анемии и интоксикации. Пониженного питания, кожные покровы и слизистые бледные. Пульс 90 в 1 минуту, артериальное давление 100 и 70 мм. рт. ст. Нарушений функций тазовых органов нет. При осмотре на зеркалах: шейка матки превращена в опухоль, напоминающую цветную капусту, кровоточащую. При влажной исследовании: две верхние трети влагалища значительно сужены, инфильтрированы, слизистая в этой зоне неподвижна. Матка ограничена в подвижности, увеличена до 8 недель беременности, плотная, окружена инфильтратом, достигающим до стенок таза. Придатки определить не удается. Выделения кровянистые, умеренные, с неприятным запахом.</p>		
№	Вопрос	Варианты ответа

86	Определите стадию ракового процесса:	a) стадия 1 А b) стадия 1 В c) стадия 2 d) стадия 3 или 4
87	С какого диагностического метода следует начать обследование больной?	a) биопсия шейки матки b) лимфография малого таза c) цистоскопия, ректороманоскопия d) рентгенография органов грудной клетки
88	Какова лечебная тактика в момент госпитализации больной?	a) коагуляция кровоточащих сосудов b) перевязка подвздошных сосудов c) экстирпация матки d) тугая тампонада влагалища
89	Какое обследование позволит в данном случае уточнить стадию заболевания (Т)?	a) биопсия шейки матки b) тазовая лимфография c) цистоскопия и ректороманоскопия d) тазовая ангиография
90	Какова тактика при подтверждении диагноза рака шейки матки?	a) экстирпация матки без придатков b) экстирпация матки с придатками c) операция Вертгейма d) вариант лучевой терапии

ОПК-8

**ОПК-13** **Задача 17.** Больная 45 лет предъявляет жалобы на обильные болезненные менструации, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Считает себя больной в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращалась. В анамнезе одни срочные роды, три медицинских аборта, последний из них, произведенный два года назад, осложнился гематометрой, в связи с чем были произведены эвакуация гематометры, контрольное выскабливание стенок полости матки; в дальнейшем развился метроэндометрит. При осмотре: кожа бледно-розовая, пульс 72 в 1 мин, АД 125/80 мм рт. Ст., уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована; матки в ретрофлексии, увеличена до размеров, соответствующих 8-9 нед беременности, плотная, ограниченно подвижная; придатки с обеих сторон не определяются, параметрии свободны, выделения слизистые, светлые.

№	Вопрос	Варианты ответа
91	Какой диагноз наиболее вероятен?	a) дисфункция яичников переменопаузального периода b) миома матки c) рак эндометрия d) внутренний эндометриоз тела матки
92	Аденомиоз - это:	a) воспаление слизистой оболочки тела матки b) предраковое заболевание эндометрия c) предраковое заболевание шейки матки d) III степень распространения внутреннего эндометриоза тела матки e) доброкачественная опухоль матки.
93	Назовите возможные причины нарушения репродуктивной функции при генитальном эндометриозе:	a) изменение функциональной активности маточных труб b) спаечный процесс в брюшной полости c) выраженные морфологические изменения миометрия d) изменение состава перитонеальной жидкости

		е) все перечисленное выше
94	При генитальном эндометриозе хирургическое лечение показано в следующих клинических ситуациях:	а) при наличии эндометриоидных кист яичников б) при сочетании внутреннего эндометриоза с миомой матки в) при III стадии распространения внутреннего эндометриоза тела матки г) в случае диагностики эндометриоза рудиментарного рога матки е) все перечисленное выше верно
95	Гистероскопия показана при подозрении на:	а) подслизистую миому матки б) наличие внутриматочных синехий в) рак эндометрия г) внутренний эндометриоз е) все перечисленное верно
<p>ОПК-8</p> <p>ОПК-13 <b>Задача 18.</b> Больная 28 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременностей в течение 5 лет. Считает себя больной около 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 5-6 нед. В возрасте 20 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования удаленной ткани больная не знает. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, матка в антефлексии, ограничено подвижна, нормальных размеров, безболезненная; справа и сзади от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8 X 8 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены; выделения из половых путей слизистые.</p>		
<b>№</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответа</b>
96	Наиболее вероятный диагноз?	а) миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов б) эндометриоидная киста правого яичника в) абсцесс правого яичника г) дисгерминома е) узловатая форма аденомиоза
97	Какое дополнительное обследование целесообразно провести этой больной для уточнения диагноза?	а) ультразвуковое сканирование внутренних половых органов б) расширенную кольпоскопию в) гистероскопию г) гистеросальпингографию е) все перечисленное выше
98	Оптимальная лечебная тактика?	а) мини-лапаротомия, консервативная миомэктомия б) антибактериальная терапия в течение 7 дней, в случае отсутствия эффекта чревосечение, удаление правых придатков матки и левой маточной трубы в) чревосечение, резекция правого яичника с последующей гормональной терапией в течение 6-12 мес. г) применение агонистов гонадотропин-релизинг-гормона в течение 6 мес, в случае отсутствия эффекта лапароскопия, резекция правого яичника е) лапаротомия, удаление правых придатков матки, резекция левого яичника

		с последующей полихимиотерапией
99	Какой из методов инструментального исследования наиболее информативен в диагностике наружного генитального эндометриоза?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) лапароскопия с патоморфологическим исследованием биоптатов</li> <li>b) трансвагинальная эхография</li> <li>c) гистероскопия с патоморфологическим исследованием соскоба эндометрия</li> <li>d) рентгенотелевизионная гистеросальпингография</li> <li>e) компьютерная томография</li> </ul>
100	Определите оптимальный объем хирургического лечения женщин репродуктивного возраста при наличии эндометриoidной кисты яичника:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) резекция яичника в пределах здоровой ткани</li> <li>b) рассечение переднего листка широкой связки матки, вылуцивание опухолевидного образования</li> <li>c) двусторонняя клиновидная резекция яичников</li> <li>d) удаление измененных придатков (односторонняя аднексэктомия)</li> <li>e) односторонняя овариэктомия</li> </ul>

**Таблица: Ключи к вопросам ситуационных задач.**

№ вопроса	Ответ						
1	D	26	C	51	D	76	A
2	D	27	B	52	A	77	B
3	D	28	D	53	B	78	C
4	B	29	A	54	C	79	D
5	B	30	D	55	B	80	A
6	A	31	A	56	E	81	A
7	B	32	B	57	E	82	D
8	A	33	D	58	E	83	C
9	D	34	D	59	A	84	E
10	D	35	D	60	D	85	A
11	A	36	D	61	B	86	D
12	D	37	A	62	C	87	A
13	D	38	E	63	D	88	D
14	C	39	A	64	C	89	C
15	A	40	B	65	B	90	D
16	C	41	A	66	D	91	D
17	B	42	A	67	D	92	D
18	D	43	B	68	B	93	E
19	C	44	C	69	D	94	E
20	D	45	C	70	C	95	E
21	A	46	B	71	C	96	B
22	A	47	D	72	C	97	A
23	D	48	C	73	C	98	C
24	C	49	C	74	C	99	A
25	D	50	C	75	C	100	A

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

### ***АКУШЕРСТВО***

1. Периоды родов: раскрытие, изгнание, последовый. Продолжительность родов по периодам.
2. Слабость родовой деятельности: причины, диагностика, лечение, профилактика.
3. Разрывы матки: этиология, патогенез, классификация.
4. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.
5. Экстренная помощь в связи с осложнениями внебольничного аборта. Инфекционно-токсический шок.
6. Кровотечения в раннем послеродовом периоде: причины, клиника, диагностика, терапия и профилактика.
7. Предлежание плаценты, этиология, классификация, клиника.
8. Инфекционно-токсические заболевания новорожденных.
9. Разрывы промежности, шейки матки в родах: причина, классификация, клиника, лечение, профилактика.
10. Обезболивание родов.
11. Пролонгированная и перенесенная беременность. Дифференциальная диагностика. Течение и исходы родов при перенесенной беременности.
12. Поздний гестоз беременных: патогенез, классификация. Клиника классического варианта позднего гестоза.
13. Диагностика и методы лечения функциональной недостаточности плаценты.
14. Физиология послеродового периода. Гипогалактия, трещины сосков, лактостаз. Профилактика, лечение.
15. Геморрагический шок: клиника, диагностика, лечение.
16. Клиническое течение и ведение родов по периодам.
17. Кровотечения в последовом периоде: причины, клиника, тактика ведения.
18. Плодоразрушающие операции: показания, условия, техника выполнения.
19. Гемолитическая болезнь новорожденных. Профилактика и лечение.
20. Разгибательные предлежания плода: причины, классификация. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.

21. Гестационный пиелонефрит: классификация, клиника, принципы лечения. Показания к прерыванию беременности.
22. Поперечное положение плода: диагностика, ведение беременности и родов.
23. Угрожающий разрыв матки. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
24. Понятие зрелости и доношенности плода.
25. Разгибательные предлежания плода: причины, классификация. Биомеханизм родов при лицевом предлежании.
26. Постгемотрансфузионные осложнения: клиника, лечение. Реабилитация больных, перенесших геморрагический шок.
27. Оценка новорожденного по шкале Апгар. Первичный туалет новорожденного.
28. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях плода.
29. Геморрагический шок: основные клинические формы, лечение.
30. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
31. Реанимация доношенных детей в родильном доме.
32. Кровотечение в раннем послеродовом периоде: причины, клиника, диагностика, терапия, профилактика.
33. Периоды родов: раскрытие, изгнание, последовый. Антенатальные факторы риска по развитию у ребенка нарушений центральной нервной системы. Продолжительность родов по периодам.
34. Многоплодная беременность: частота и причины возникновения. Диагностика. Течение и ведение беременности.
35. Преэклампсия, эклампсия: клиника, диагностика, лечение.
36. Принципы ведения беременности и родов при резус-иммунизации.
37. Разгибательные предлежания плода: причины, классификация. Биомеханизм родов при лобном предлежании.
38. Ведение беременности и родов при сахарном диабете. Показания для прерывания беременности.
39. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
40. Методы диагностики фето-плацентарной недостаточности.
41. Клинически узкий таз: классификация по степени несоответствия, диагностика, осложнения для матери и плода.
42. Организация работы и основные задачи женской консультации.

43. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины, клиника, ведение беременности и родов, профилактика.
44. Перинеотомия, эпизиотомия: показания, техника выполнения.
45. Клинические и лабораторные методы диагностики беременности.
46. Плод как объект родов.
47. Принципы ведения родов при позднем гестозе. Влияние тяжелых форм гестозов на состояние матери и плода.
48. Хроническая гипоксия плода: причины, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
49. ДВС-синдром в акушерстве: этиология, патогенез, принципы терапии.
50. Ведение беременности и родов при гипертонической болезни у матери.
51. Таз с анатомической и акушерской точек зрения.
52. Многоплодная беременность: ведение родов по периодам, осложнения и прогноз.
53. Принципы интенсивной терапии тяжелой формы позднего гестоза беременных. Показания к прерыванию беременности. Реабилитация.
54. Роль женской консультации в перинатальной охране плода.
55. Дискоординированная родовая деятельность: классификация, причины, диагностика, лечение, профилактика.
56. Начинающийся и свершившийся разрывы матки: причины, клиника, терапия.
57. Современные взгляды на причины наступления и динамику родовой деятельности.
58. ДВС синдром в акушерстве: клиника, диагностика, лечение:
59. Ранние гестозы беременных: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение. Показания к прерыванию беременности.
60. Оплодотворение и дробление яйцеклетки. Имплантация.
61. Послеродовые заболевания септической этиологии: классификация, особенности течения, лечение.
62. Кесарево сечение: показания, условия, техника выполнения, возможные осложнения.
63. Определение срока родов и биологической готовности организма к родам.
64. Противозачаточные средства. Классификация. Механизм действия ВМС, возможные осложнения, профилактика осложнений.

65. Ведение беременности и родов при предлежании плаценты.
66. Методы акушерского исследования (наружное и внутреннее).
67. Преждевременные роды: причины, особенности течения и ведения преждевременных родов, их профилактика.
68. Извлечение плода за тазовый конец: показания, условия, техника выполнения.
69. Определение срока родов и времени представления родового отпуска. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам.
70. Самопроизвольный аборт: клиника, акушерская тактика. Особенности диагностики и ведения беременных при истмико-цервикальной недостаточности.
71. Акушерские щипцы: показания, условия, техника наложения выходных и полостных щипцов.
72. Развитие и строение децидуальных образований и плодных оболочек. Плацента, пуповина и околоплодные воды.
73. Послеродовый лактационный мастит: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
74. Клинически узкий таз: причины, диагностика ведения родов.
75. Противозачаточные средства. Классификация. Принципы действия гормональных контрацептивов. Выбор препаратов.
76. Анатомически узкий таз. Классификация по форме и степени сужения. Биомеханизм родов при простом плоском и плоскорихитическом тазе.
77. Аномалии прикрепления плаценты (ложное, истинное): этиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика.
78. Роль женской консультации в перинатальной охране плода.
79. Дискоординированная родовая деятельность: классификация, причины, диагностика, лечение, профилактика.
80. Начинающийся и свершившийся разрывы матки: причины, клиника, терапия.
81. Реабилитация после родов в условиях женской консультации после осложненных родов (гестоз, кровотечение, кесарево сечение).
82. Несвоевременное излитие околоплодных вод: причины, врачебная тактика.
83. Кровотечение в послеродовом периоде: причина, клиника, диагностика, терапия и профилактика.
84. Организация работы акушерского стационара. Приказ N 345
85. Беременные высокой группы риска.

86. Кровотечения в послеродовом периоде: причина, клиника, лечение.
87. Ведение беременности и родов при пороках сердца у матери.
88. Поперечное положение плода: диагностика, ведение беременности и родов.
89. Угрожающий разрыв матки. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
90. Анатомически узкий таз. Классификация по форме и степени сужения. Биомеханизм родов при простом плоском и плоскорихитическом тазе.

## ГИНЕКОЛОГИЯ

1. Значение общего и инструментальных методов обследования для диагностики гинекологических заболеваний.
2. Поликистозные яичники. Классификация. Болезнь поликистозных яичников. Консервативные и хирургические методы лечения.
3. Смещения и выпадения матки. Опушение и выпадение стенок влагалища. Профилактика этих заболеваний, терапия. Особенности ведения послеоперационного периода после влагалищных операций.
4. Пертубация, гистеросальпингография, гидротубация, лапаро- и кульдоскопия, УЗИ и их роль в диагностике гинекологических заболеваний.
5. Факторы риска рака репродуктивных органов: шейки матки, эндометрия, яичников.
6. Современные методы исследования функции яичников, тесты функциональной диагностики.
7. Аменорея. Формы. Структура и классификация. Гормональные пробы для определения уровня поражения при аменореях.
8. Туберкулез женских половых органов. Патогенез. Классификация, клиника, диагностика, терапия, профилактика, реабилитация.
9. Нарушение менструальной функции при заболеваниях надпочечников и щитовидной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
10. Рак шейки матки. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Объем оперативного вмешательства.
11. Миома матки. Диагностика и лечение, с учетом локализации опухоли.
12. Псевдоэрозия шейки матки. Клиника, диагностика, лечение.
13. Трофобластическая болезнь: пузырный занос. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Методы лечения, прогноз, профилактика.
14. Кольпиты и их лечение. Трихомонадный кольпит.
15. Дисфункциональные маточные кровотечения в климактерии (климактерические кровотечения). Методы гемостаза и врачебная тактика при климактерических кровотечениях.
16. Генитальный эндометриоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение эндометриоза. Характер гормональной терапии. Реабилитация, профилактика.
17. Гонорея. Этиология, распространение гонорейной инфекции, формы гонореи. Методы провокации.

18. Бесплодный брак. Профилактика и диагностика женского бесплодия. Алгоритм обследования.
19. Курортное лечение больных воспалительными процессами внутренних гениталий.
20. Яичниковая и маточная формы аменореи. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Функциональные (гормональные) пробы. Принципы терапии.
21. Рак шейки матки: методы лечения в зависимости от стадии заболевания. Показания к комбинированной и сочетанной терапии. Прогноз. Профилактика заболевания.
22. Трихомоноз женских половых органов.
23. Дисфункциональные маточные кровотечения в периоде полового созревания (ювенильное кровотечение). Методы гемостаза, врачебная тактика.
24. Хронический эндометрит, сальпингоофорит. Клиника, диагностика, современные методы терапии. Реабилитация.
25. Особенности ведения беременности у женщин с миомой матки. Осложнения при беременности и в родах.
26. Причины женского и мужского бесплодия. Система и методы обследования при бесплодном браке.
27. Трубная беременность. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина трубного аборта. Диагностика и дифференциальная диагностика, лечение.
28. Инфицированный аборт. Классификация, клиника, диагностика, терапия. Роль женской консультации в борьбе с абортами.
29. Хорионэпителиома матки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика, методы лечения, прогноз.
30. Вульвовагинит. Особенности клинического течения в различные возрастные периоды.
31. Противозачаточные средства. Классификация, механизм действия, эффективность современных противозачаточных средств. Осложнения.
32. Рак тела матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика.
33. Значение генетических консультаций в диагностике гинекологических заболеваний.
34. Гипоталамо-гипофизная аменорея. Клиника, диагностика. Гормональные пробы. Принципы терапии.
35. Кистомы яичников. Клиника, диагностика, лечение. Объем оперативного вмешательства.
36. Вирусные инфекции репродуктивной системы (простой герпес, цитомегаловирус, вирус гепатита В, аденовирус).
37. Наружный эндометриоз. Этиология, классификация, клиника, лечение.
38. Синдром тотальной и субтотальной оварэктомии.
39. Инфантилизм половых органов женщины. Методы диагностики и терапии.
40. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов в хронической стадии. Методы провокации. Лечебная физкультура. Курортные методы терапии.
41. Злокачественные опухоли яичников. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
42. Генетические методы исследования в гинекологии.
43. Трихомоноз женских половых органов. Эпидемиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика.

44. Кистомы яичников. Клиника. Диагностика, лечение. Определение объема оперативного вмешательства.
45. Острые воспалительные заболевания внутренних органов септической этиологии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
46. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Показания к оперативному лечению при миоме матки.
47. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Характеристика возбудителя, пути распространения, клинические проявления.
48. Гонорея. Этиология. Распространение гонорейной инфекции. Формы гонореи (острая, подострая, хроническая, торпидная, асимптомная).
49. Пороки развития половых органов. Этиология, классификация, диагностика.
50. Клинические формы нарушений менструальной функции.
51. Особенности течения гонореи у девочек. Лечение. Критерии излеченности. Профилактика.
52. Злокачественные опухоли матки. Современные методы терапии. Врачебно-трудовая экспертиза.
53. Посткастрационный синдром после тотальной и субтотальной овариэктомии.
54. Заболевания наружных половых органов: кондиломы, кисты, воспаление большой вестибулярной железы. Клиника, диагностика, методы хирургического лечения, профилактика.
55. Пертубация, гистеросальпингография, гидротубация, лапароскопия, кульдоскопия, УЗИ и их роль в диагностике гинекологических заболеваний.
56. Острые воспалительные процессы половых органов септической этиологии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
57. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика. Консервативно-пластические операции с сохранением менструальной функции.
58. Дисфункциональные маточные кровотечения в различные периоды жизни. Принципы терапии и врачебной тактики.
59. Эндоцервицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Бесплодный брак. Факторы бесплодия. Алгоритм обследования супружеской пары.
61. Значение генетической консультации в диагностике гинекологических заболеваний.
62. Кандидоз женских половых органов, как первичное заболевание и как осложнение антибактериальной терапии.
63. Разлитой перитонит. Этиология, клиника, диагностика, методы лечения. Объем оперативного вмешательства.
64. Борьба с внебольничными абортами, как профилактика воспалительных заболеваний женской половой сферы. Консультация «Семья и брак». Вопросы планирования семьи.
65. Наружный эндометриоз: клиника, диагностика, современные методы терапии.
66. Рак яичников. Классификация, диагностика, лечение. Определение объема оперативного вмешательства, химиотерапия. Профилактика рака яичников.
67. Климактерический синдром. Методы коррекции.
68. Рак тела матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, современные методы терапии. Профилактика заболевания.

69. Мочеполовые свищи. Этиология, диагностика, лечение.
70. Параметрит, этиология, диагностика, клиника, лечение.
71. Восходящая гонорея (острая, подострая, хроническая). Клиника, диагностика, лечение. Методы провокации как критерий излеченности.
72. Кишечно-половые свищи. Этиология, клиника, диагностика, профилактика.
73. Хламидиоз половых органов: частота, характеристика возбудителя, клиника, диагностика, лечение.
74. Тубоовариальные опухоли. Этиология, патогенез, клиника угрозы перфорации опухоли, лечение. Объем оперативного вмешательства.
75. Гормональная контрацепция. Механизм действия. Осложнения.
76. Острый живот в гинекологии (нарушенная трубная беременность, перекрут ножки кисты яичника). Методы диагностики. Врачебная тактика.
77. Фоновые заболевания влагалищной части шейки матки и предраковые состояния. Этиология, патогенез, диагностика, методы лечения, профилактика.
78. Миома матки. Этиология, классификация, клиника. Дифференциальная диагностика. Методы терапии. Миома матки и беременность.
79. Классификация опухолей яичника (киста, кистома, тубоовариальная опухоль).
80. Гонореи женщины. Классификация. Клиника. Диагностика. Критерии излеченности.
81. Генитальный эндометриоз. Этиология, классификация, клиника, лечение. Реабилитация больных.
82. Техника операции консервативной миомэктомии и надвлагалищной ампутации матки.
83. Гормонопродуцирующие опухоли яичников. Клиника, диагностика, лечение. Определение объема операции.
84. Внематочная беременность. Этиология, классификация, клиническая картина трубного аборта и разрыва трубы. Диагностика, лечение. Профилактика внематочной беременности, реабилитация.
85. Рак шейки матки. Этиология, патогенез, классификация, клиника, терапия, профилактика.
86. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов в хронической стадии. Методы провокации для определения критерия излеченности. Курортные методы терапии.
87. Особенности ведения гинекологических больных в неосложненном послеоперационном периоде.
88. Микоплазменные инфекции половых органов (уреаплазмоз). Характеристика возбудителя, клиника, диагностика, лечение.
89. Пельвиоперитонит, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
90. Синдром склерокистозных яичников. Методы диагностики и терапии.
91. Разлитой перитонит. Клиника, диагностика, лечение. Объем оперативного вмешательства. Особенности инфузионной терапии.
92. Неправильные положения внутренних половых органов. Этиология, патогенез, классификация, диагностика. Принципы оперативного лечения.
93. Инфантилизм половых органов женщин. Методы диагностики. Принципы терапии.

94. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению при миомах матки.
95. Заболевания наружных половых органов. Кольпоскопия, биопсия, диагностическое выскабливание, цитологические методы, рентгенологические методы, УЗИ, их роль в диагностике гинекологических заболеваний.
96. Предменструальный синдром.
97. Дисфункциональные маточные кровотечения в климактерии. Методы гемостаза. Врачебная тактика.
98. Восходящая гонорея. Диагностика, клиника, и лечение. Критерии излеченности. Профилактика.
99. Эндокринные формы бесплодия женщин. Клиника, диагностика, современные методы лечения, с учетом уровня поражения.
100. Эндометриоз, этиология, патогенез, классификация. Клиника и лечение внутреннего эндометриоза (аденомиоза). Принципы гормональной терапии.
101. Гормональная контрацепция. Классификация. Механизм действия. Осложнения.
102. Дисфункциональные маточные кровотечения в климактерическом периоде. Врачебная тактика.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ РЕФЕРАТОВ**

1. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
2. Миома матки и беременность.
3. Невынашивание беременности по триместрам ее развития.
4. Кровотечения во время беременности (самопроизвольный выкидыш, шеечная беременность, низкая плацентация).
5. Фетоплацентарная недостаточность. Профилактика плацентарной недостаточности в женской консультации.
6. Особенности течения и ведения преждевременных родов.
7. Ведение беременности и родов у женщин с тазовым предлежанием плода.
8. Ведение беременности и родов при многоплодии.
9. Перенашивание беременности. Особенности течения и ведения запоздалых родов.
10. Особенности течения и ведения беременности у женщин с гестозом.
11. Узкий таз в современном акушерстве.
12. Антенатальная кардиотокография.
13. Интранатальная кардиотокография.
14. Особенности течения и ведения беременности в женской консультации.
15. Кесарево сечение в современном акушерстве.
16. Современные методы подготовки шейки матки к родам.
17. Слабость родовой деятельности.

18. Дискоординированная родовая деятельность.
19. Послеродовые нейробленно-эндокринные синдромы.
20. Роль вирусной инфекции в возникновении внутриутробного инфицирования плода.
21. Хламидии как причина внутриутробного инфицирования плода.
22. Особенности течения и ведения беременности при внутриутробном инфицировании плода.
23. Фармакотерапия при беременности.
24. ДВС-синдром в акушерстве.
25. Предлежание плаценты. Особенности ведения беременности
26. Антифосфолипидный синдром.
27. Низкая плацентация. Клиника, диагностика, профилактика, особенности течения и ведения беременности и родов.
28. Редкие формы гестозов (Не1р-синдром, острый жировой гепатоз).
29. Гепатопатии при беременности.
30. Особенности течения и ведения беременности при пороках сердца.
31. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
33. Хронический пиелонефрит и беременность
34. Гломерулонефрит и беременность
35. Невынашивание беременности. Гормональная терапия в современных условиях.
36. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Тактика ведения.
37. Современные методы обезболивания родов.
38. Причины наступления родов и регуляторные механизмы сократительной деятельности матки.
39. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
40. Анемия беременных.
41. Бактериальный вагиноз при беременности.
42. Терминальные состояния в акушерстве. Особенности ИТТ.
43. Диета беременных.
44. Особенности течения и ведения беременности и родов у юных первородящих.
45. Партнерские роды. Особенности подготовки беременных кродам.
46. Особенности течения и ведения беременности и родов при сердечнососудистой патологии.
47. Современные технологии ведения физиологических родов.
48. Цитомегаловирусная инфекция как причина внутриутробного инфицирования плода.
49. Токсоплазмоз и беременность.
50. Листериоз и беременность.
51. Заболевания щитовидной железы и беременность. Клиника, диагностика, тактика ведения.
52. Рвота беременных. Показания к прерыванию беременности.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ЭССЕ:**

1. Внематочная беременность.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов.
3. Миомы матки.
4. Рак шейки матки.
5. Рак эндометрии.
6. Токсикозы беременных.
7. Гестозы - клинические формы.
8. Осложнения гестоза.
9. Преждевременные роды.
10. Кровотечение в I половине беременности.
11. Пузырный занос.
12. Преждевременная отслойка плаценты.
13. Кровотечение в раннем послеродовом периоде.
14. Геморрагический шок.
15. Родовой травматизм матери.
16. Разрывы матки.
17. Послеродовые гнойно-септические осложнения.
18. Послеродовый лактационный мастит.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ  
ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

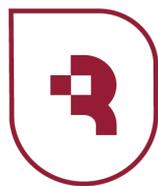
№ п/п	Автор, название работы	Вид (МУ, ЭМУ)	Год издания	Издательство	Тираж	Объем, п.л.	Наличие электронного источника в библиотеке да/нет	Количество экземпляров в библиотеке/на кафедре
1	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Бесплодный брак. Планирование семьи. Контрацепция.	МУ	2017	СГМУ	200	1,5	да	10/50
2	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Аборт и его осложнения	МУ	2017	СГМУ	200	1	да	10/50
3	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, О.В. Трушина. Заболевания шейки матки	МУ	2017	СГМУ	200	1	да	10/50
4	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.К. Василевич. Внематочная беременность	МУ	2017	СГМУ	200	1	да	10/50
5	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская «Острый живот» в гинекологии	МУ	2017	СГМУ	200	2	да	10/50
6	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.А. Плеханов. Злокачественные опухоли матки	МУ	2017	СГМУ	200	1	да	10/50
7	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Доброкачественные процессы и опухоли матки	МУ	2017	СГМУ	200	1	да	10/50
8	Н.Ф. Хворостухина,	МУ	2017	СГМУ	200	2,7	да	10/50

	Д.А. Новичков, А.А. Плеханов. Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии							
9	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии	МУ	2017	СГМУ	200	1	да	10/50
10	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Опухоли яичников	МУ	2017	СГМУ	200	1	да	10/50
11	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Физиология менструального цикла и его нарушения	МУ	2017	СГМУ	200	1,5	да	10/50
12	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Семиотика и диагностика гинекологических заболеваний	МУ	2017	СГМУ	200	1,5	да	10/50
13	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Диагностика беременности. Таз с анатомической точки зрения, плод как объект родов.	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
14	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.Г. Молчанова. Тазовое предлежание:	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50

	биомеханизм родов, акушерские пособия							
15	Н.Ф.Хворостухина, Д.А. Новичков, С.Н. Грибова. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Тромбоэмболия. Эмболия околоплодными водами	МУ	2014	СГМУ	200	2	Да	10/50
	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Родовой травматизм матери и плода	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Многоплодная беременность. Фетоплацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного	МУ	2014	СГМУ	200	2	Да	10/50
	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Н.Н. Степанова. Организация работы родильного дома и женской консультации	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.М. Минасян. Неправильные положения плода. Операции по исправлению неправильных положений, их влияние на плод и новорожденного	МУ	2014	СГМУ	200	2,5	Да	10/50

Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.Г. Молчанова. Гестозы	МУ	2014	СГМУ	200	2,5	Да	10/50
Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.М. Минасян. Биомеханизм родов при головном предлежании	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Аномалии родовой деятельности. Разгибательные предлежания плода	МУ	2014	СГМУ	200	1,5	Да	10/50
Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, С.Н. Грибова. Иммуноконфликтная беременность	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Физиология родов	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.К. Василевич. Невынашивание беременности. Преждевременные роды	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.К. Василевич. Течение и ведение послеродового периода	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, С.Н. Грибова. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.	МУ	2014	СГМУ	200	1,5	Да	10/50

	Геморрагический шок							
	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, И.Ю. Шляхова. Узкий таз	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, Л.Г. Молчанова. Кесарево сечение в современном акушерстве. Акушерские щипцы. Плодоразрушающие операции	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50
	Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская. Гнойно-септические инфекции в акушерской практике	МУ	2014	СГМУ	200	1	Да	10/50



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**УТВЕРЖДАЮ**

Заведующий кафедрой акушерства и  
гинекологии педиатрического факультета  
Н.Ф. Хворостухина

« 09 » 04 2021 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

Дисциплина АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Специальность (направление подготовки) 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ

Форма

обучения очная

Курс 3 Семестр 5,6

Составители: зав. кафедрой, д.м.н. доцент  
Доцент, к.м.н.

Н.Ф. Хворостухина  
Д.А. Новичков

Одобрены на заседании учебно-методической конференции кафедры  
протокол от « 09 » 04 2021 г. № 4 .

# 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

## Практическое занятие № 1-2

**Тема:** : Организация работы родильного дома и женской консультации. Женский таз. Плод как объект родов.

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Структура родильного дома и его отделений; структура женской консультации. Приказы № № 1230, 520, 50, 323 ФЗ, 1130н
2. Понятие об особенностях приема беременных и рожениц.
3. Оформление медицинской документации.
4. Этапы обследования беременных, методы диагностики беременности.
5. Анатомия женского таза, головки плода, акушерская терминология.
6. Измерение таза, влагалищное исследование.
7. Оценка состояния плода во время беременности по данным дополнительных методов исследования (УЗИ, кардиотокограмма).

### Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Структура роддома и женской консультации
2. Правовые аспекты оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
3. Периоды родов
4. Таз с акушерской точки зрения
5. Размеры головки плода

### Рекомендуемая литература.

1. «Клиническое акушерство», Дуда И.В., Дуда В.И., 2007г.
  2. "Физиология и патология родовой деятельности", Сидорова И.С. 2012 г.
  3. «Акушерство», справочник Калифорнийского университета, под ред. К. Нисвандера, А.Эванса, 1999г.
- «Акушерство», Айламазян Э. К. 2012г.

## Практическое занятие № 3-4

**Тема:** : Физиология родов. Биомеханизм родов в головном предлежании. Обезболивание. Аномалии родовой деятельности.

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Биомеханизм рождения плода при переднем и заднем видах затылочного предлежания.
2. Воспроизводство на фантоме биомеханизма родов в головном предлежании.
3. Тактика ведения нормальных родов, определение периода раскрытия, периода изгнания, ручное пособие при головном предлежании.
4. Базовый протокол ведения родов.
5. Причины образования тазового предлежания.
6. Виды тазового предлежания. Диагностика тазового предлежания.
7. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
8. Особенности течения и ведения родов в тазовом предлежании, осложнения для матери и плода.
9. Пособия и операции, применяемые для родоразрешения при тазовом предлежании (по Цовьянову I, II, классическое ручное пособие).
10. Показания и условия для акушерских операций: извлечение плода за тазовый конец, извлечение плода за ножку.

### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Биомеханизм родов в головном предлежании
2. Биомеханизм родов в тазовом предлежании
3. Акушерское пособие по Цовьянову 1
4. Акушерское пособие по Цовьянову 2
5. Освобождение головки, прием Мориссо-Левре
6. Профилактика родового травматизма при тазовом предлежании
7. Признаки отделения последа

### **Рекомендуемая литература.**

1. «Клиническое акушерство», Дуда И.В., Дуда В.И., 2007г.
  2. "Физиология и патология родовой деятельности", Сидорова И.С. 2012 г.
  3. «Акушерство», справочник Калифорнийского университета, под ред. К. Нисвандера, А.Эванса, 1999г.
- «Акушерство», Айламазян Э. К. 2012г.

### **Практическое занятие № 5-6**

**Тема :** Тазовые предлежания. Узкий таз. Акушерский травматизм. Акушерские операции.

### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Показания к операции кесарева сечения при беременности
2. Методика операции кесарева сечения
3. Условия для выполнения операции кесарева сечения
4. Показания к расширению объема операции
5. Интраоперационные осложнения (профилактика и методы устранения)
6. Профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений

### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Показания к операции кесарева сечения при беременности
2. Методика операции кесарева сечения
3. Условия для выполнения операции кесарева сечения
4. Показания к расширению объема операции
5. Интраоперационные осложнения (профилактика и методы устранения)
6. Профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений

### **Рекомендуемая литература.**

#### **Основная литература**

1. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015
2. Гинекология: учебник / под ред. Савельевой Г.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014

Дополнительная литература (которая есть в свободном доступе)

1 Акушерство : учеб. пособие : ч.1, ч.2 / И. А. Салов и др. - Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2013 – эл. оп. диск эл. оп. диск

2 Кесарево сечение в современном акушерстве. Акушерские щипцы. Плодоразрушающие операции : метод. указ. / сост. Н. Ф. Хворостухина и др. - Саратов, 2014 - эл. оп. диск эл. оп. Диск

### **Практическое занятие № 7-8**

**Тема :** Гестозы. Невынашивание беременности.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Виды, особенности диагностики, течения беременности и родов при многоплодной беременности.
2. Понятие об этиологии, патогенезе и клинических проявлениях фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода.
3. Различные методы исследования и лечения при плацентарной недостаточности.
4. Понятие о тактике ведения беременности и родов при данной патологии.
5. Профилактика фето-плацентарной недостаточности.
6. Классификация, клиника, диагностика асфиксии новорожденных, реанимационные мероприятия при данной патологии.
7. Диагностика различных сроков беременности, акушерская тактика при невынашивании.
8. Причины недонашивания и перенашивания беременности. Клинические признаки недоношенной беременности.
9. Особенности ведения родов при недоношенной беременности.
10. Протокол ведения преждевременных родов и при дородовом излитии околоплодных вод при недоношенной беременности.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Что такое преждевременные роды.
2. Какие клинические признаки недоношенного плода.
3. Каковы особенности ведения преждевременных родов.
4. Что такое шкала Сильвермана.
5. Каковы причины преждевременного прерывания беременности
6. Тактика врача при появлении признаков преждевременного прерывания беременности.

#### **Рекомендуемая литература.**

4. «Клиническое акушерство», Дуда И.В., Дуда В.И., 2007г.
  5. "Физиология и патология родовой деятельности", Сидорова И.С. 2012 г.
  6. «Акушерство», справочник Калифорнийского университета, под ред. К. Нисвандера, А.Эванса, 1999г.
- «Акушерство», Айламазян Э. К. 2012г.

### **Практическое занятие № 9-10**

**Тема:** Кровотечения II половины беременности, в III и послеродовом периодах.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Классификация предлежания плаценты
2. Миграция плаценты
3. Этиопатогенез предлежания плаценты
4. Диагностика предлежания плаценты
5. Клиника предлежания плаценты
6. Лечение предлежания плаценты
7. Профилактика предлежания плаценты
8. Группы риска по развитию предлежания плаценты
9. Этиопатогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. (причины, зависящие от организма матери и плода).
10. Клиника, диагностика, лечение и профилактика ПОНРП
11. Диагностика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки.
12. Клиника кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
13. Лечение кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
14. Профилактика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Этиопатогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. (причины, зависящие от организма матери и плода).
2. Клиника ПОНРП
3. Лечение ПОНРП
4. Профилактика ПОНРП
5. Диагностика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки.
6. Клиника кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
7. Лечение кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
8. Профилактика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки

#### **Рекомендуемая литература.**

1. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015
2. Гинекология: учебник / под ред. Савельевой Г.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Дополнительная литература (которая есть в свободном доступе)
4. Акушерство : учеб. пособие : ч.1, ч.2 / И. А. Салов и др. - Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2013 – эл. оп. диск
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок : метод. указ. / сост. Н. В. Хворостухина и др. - Саратов, 2014 – эл. оп. диск
6. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Тромбоэмболия и эмболия околоплодными водами : метод. указ. / сост. Н. В. Хворостухина и др. - Саратов, 2014 - эл. оп. диск

## Практическое занятие № 11-12

**Тема:** Гнойно-септические инфекции в акушерстве. Профилактика одонтогенной инфекции.

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Причины, течение беременности и родов при иммуно-конфликтной беременности.
2. Ведение беременности и родов, составление плана родоразрешения при данной патологии, оценка состояния новорожденного и определение клинической формы гемолитической болезни новорожденного.
3. Классификация предлежания плаценты
4. Основные клинические формы гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде.
5. Этиология гнойно-септических заболеваний.
6. Принципы лечения и профилактики гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде.

### Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе мать - плацента - плод
2. Частота гемолитической болезни плода обычно составляет:
3. Сочетание групповой и резус-сенсibilизации в материнском организме для плода
4. Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности
5. Сущность гемолитической болезни у плода

### Рекомендуемая литература.

7. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015
8. Гинекология: учебник / под ред. Савельевой Г.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
9. Дополнительная литература (которая есть в свободном доступе)
10. Акушерство : учеб. пособие : ч.1, ч.2 / И. А. Салов и др. - Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2013 – эл. оп. диск
11. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок : метод. указ. / сост. Н. В. Хворостухина и др. - Саратов, 2014 – эл. оп. диск
12. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Тромбоэмболия и эмболия околоплодными водами : метод. указ. / сост. Н. В. Хворостухина и др. - Саратов, 2014 - эл. оп. диск

## Практическое занятие № 13-14

**Тема:** Физиология менструального цикла и его нарушения

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Структура гинекологического отделения и его место в объединенных лечебных учреждениях.
2. Основные симптомы заболеваний женской половой сферы.

3. Методики клинического обследования (пальпация живота, осмотр наружных половых органов, влагалищное бимануальное, ректо-вагинальное исследование).
4. Методики инструментального обследования (осмотр в зеркалах, зондирование полости матки, пункция брюшной полости через задний свод, биопсия, отдельное диагностическое выскабливание, кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия и др.) и лабораторного обследования.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Группы состояния здоровья женщин, формируемые в результате профосмотров.
2. Группы диспансерного наблюдения.
3. Функции гинекологического отделения.
4. Клинические методы диагностики.
5. Тесты функциональной диагностики.
6. Лабораторные методы диагностики.
7. Инструментальные методы диагностики.

#### **Рекомендуемая литература.**

##### Основная литература:

1. Гинекология: учебник/под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 432 с.
2. Гинекология. Национальное руководство/под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М. «Гэотар-мед.», 2009.- 1072 с.

##### Дополнительная литература:

3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 3/под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 880 с.
4. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2/под ред. В.И. Кулакова. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 560 с.
5. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: практическое руководство/под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 720 с.
6. Клинические лекции по гинекологии: учебное пособие/под ред. Проф. О.В. Макарова. – М., «Гэотар-мед.», 2009.- 320 с.
7. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство/под ред. В.Н. Серова. – 2-е изд., испр. и доп. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 256 с.
8. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 600 с.
9. Адамян Л.В. Аномалии женской репродуктивной системы. – М, 2008.- 364 с.
10. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. – М., «Гэотар-мед.», 2006.- 416 с.
11. Рис М., Хоуп С., Мур Дж., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход/пер с англ. под ред. В.Н. Прилепской. – М., «Гэотар-мед.», 2010.- 256 с.

## Практическое занятие № 15-16

**Тема:** Миома матки. Эндометриоз.

### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Классификация доброкачественных процессов матки. Этиология, патогенез. Методы современной диагностики. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению.
2. Миома матки: классификация, этиология, патогенез.
3. Методы обследования больных с миомой матки.
4. Методы консервативного и хирургического лечения.
5. Показания к хирургическому лечению.
6. Классификация эндометриoidных гетеротопий.
7. Методы обследования больных эндометриозом.
8. Принципы ведения и лечения больных различных
9. возрастных групп с эндометриозом.
10. Показания к хирургическому лечению.

### Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Что такое миома матки.
2. Этиология и патогенез опухоли матки.
3. Как классифицируются миомы матки.
4. Как лечатся опухоли матки: показания к консервативному и оперативному методам лечения.
5. Гиперпластические процессы эндометрия и их классификация.
6. Обследование и методы диагностики при доброкачественных опухолях матки и ГПЭ.
7. Методы лечения миомы матки и ГПЭ в зависимости от возраста.
8. Каковы профилактические мероприятия при данной патологии

### Рекомендуемая литература.

#### Основная литература:

1. Гинекология: учебник/под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 432 с.
2. Гинекология. Национальное руководство/под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М. «Гэотар-мед.», 2009.- 1072 с.

#### Дополнительная литература:

3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 3/под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 880 с.
4. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2/под ред. В.И. Кулакова. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 560 с.
5. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: практическое руководство/под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 720 с.
6. Клинические лекции по гинекологии: учебное пособие/под ред. Проф. О.В. Макарова. – М., «Гэотар-мед.», 2009.- 320 с.
7. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство/под ред. В.Н. Серова. – 2-е изд., испр. и доп. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 256 с.
8. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. – М, «Гэотар-мед.», 2008.- 600 с.
9. Адамян Л.В. Аномалии женской репродуктивной системы. – М, 2008.- 364 с.

10. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. – М., «Гэотар-мед.», 2006.- 416 с.
11. Рис М., Хоуп С., Мур Дж., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход/пер с англ. под ред. В.Н. Прилепской. – М., «Гэотар-мед.», 2010.- 256 с.

### **Практическое занятие № 17-18**

**Тема:** Опухоли и опухолевидные образования яичников. Предрак и рак женских половых органов.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Клиника злокачественных поражений матки.
2. Методы обследования при подозрении на злокачественное образование матки.
3. Стадии распространения рака тела матки.
4. Методы лечения в зависимости от стадии распространения опухоли.
5. Профилактика злокачественных заболеваний матки.
6. Клиника злокачественных поражений шейки матки.
7. Методы обследования при подозрении на злокачественное образование шейки матки..
8. Стадии распространения рака шейки матки.
9. Методы лечения в зависимости от стадии распространения опухоли.
10. Профилактика злокачественных заболеваний шейки матки.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Группа риска по заболеванию раком шейки матки и эндометрия.
2. Классификация рака шейки матки и рака эндометрия.
3. Скрининг рака шейки матки и рака эндометрия.
4. Этиология и патогенез рака шейки матки и рака эндометрия.
5. Клиническая картина злокачественных опухолей матки.
6. Каковы профилактические мероприятия злокачественных опухолей матки.
7. Пути метастазирования рака шейки матки и рака эндометрия.
8. Методы диагностики рака шейки матки и рака эндометрия.
9. Методы лечения злокачественных опухолей матки.

#### **Рекомендуемая литература.**

##### **Основная литература:**

12. Гинекология: учебник/под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 432 с.
13. Гинекология. Национальное руководство/под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М. «Гэотар-мед.», 2009.- 1072 с.

##### **Дополнительная литература:**

14. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 3/под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 880 с.
15. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2/под ред. В.И. Кулакова. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 560 с.
16. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: практическое руководство/под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 720 с.
17. Клинические лекции по гинекологии: учебное пособие/под ред. Проф. О.В. Макарова. – М., «Гэотар-мед.», 2009.- 320 с.

18. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство/под ред. В.Н. Серова. – 2-е изд., испр. и доп. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 256 с.
19. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 600 с.
20. Адамян Л.В. Аномалии женской репродуктивной системы. – М., 2008.- 364 с.
21. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. – М., «Гэотар-мед.», 2006.- 416 с.
22. Рис М., Хоуп С., Мур Дж., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход/пер с англ. под ред. В.Н. Прилепской. – М., «Гэотар-мед.», 2010.- 256 с.

### **Практическое занятие № 19-20**

**Тема:** Воспалительные заболевания женских половых органов

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Диагностика и клиника неспецифических заболеваний половой сферы.
2. Анатомо-биологические «барьеры», препятствующие проникновению и распространению воспалительных процессов гениталий.
3. Пути распространения инфекции гениталий.
4. Общие принципы лечения острых и хронических воспалительных заболеваний гениталий.
5. Профилактика воспалительных заболеваний гениталий.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Нозологические формы воспалительных заболеваний женских половых органов.
2. Этиология, патогенез воспалений наружных и внутренних гениталий.
3. Пути распространения инфекции.
4. Методы и объем диагностических мероприятий.
5. Клиническая картина воспалительных процессов различных нозологических форм.
6. Методы лечения воспалительных процессов.
7. Каковы показания оперативному лечению.
8. Каковы профилактические мероприятия воспалительных процессов женских половых органов.
9. Особенности наблюдения и реабилитации больных после перенесенных заболеваний.

#### **Рекомендуемая литература.**

##### **Основная литература:**

1. Гинекология: учебник/под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 432 с.
2. Гинекология. Национальное руководство/под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М. «Гэотар-мед.», 2009.- 1072 с.

##### **Дополнительная литература:**

3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 3/под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 880 с.
4. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2/под ред. В.И. Кулакова. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 560 с.
5. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: практическое руководство/под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. – М.:

- МЕДпресс-информ, 2009.- 720 с.
6. Клинические лекции по гинекологии: учебное пособие/под ред. Проф. О.В. Макарова. – М., «Гэотар-мед.», 2009.- 320 с.
  7. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство/под ред. В.Н. Серова. – 2-е изд., испр. и доп. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 256 с.
  8. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 600 с.
  9. Адамян Л.В. Аномалии женской репродуктивной системы. – М., 2008.- 364 с.
  10. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. – М., «Гэотар-мед.», 2006.- 416 с.
  11. Рис М., Хоуп С., Мур Дж., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход/пер с англ. под ред. В.Н. Прилепской. – М., «Гэотар-мед.», 2010.- 256 с.

### **Практическое занятие № 21-22**

**Тема:** Гинекологические операции. Искусственный аборт.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Классификация абортов.
2. Клинические стадии самопроизвольных абортов и тактические подходы в каждой стадии.
3. Методы лечения инфицированных абортов.
4. Техника производства медицинского аборта.
5. Методы диагностики различных форм бесплодного брака.
6. Способы лечения женского бесплодия.
7. Понятие о ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологиях)
8. Возрастные особенности полового аппарата у девочек.
9. Типичные гинекологические заболевания у девочек.
10. Особенности клинического течения гинекологических
11. заболеваний у детей.
12. Методы обследования девочек.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Что такое аборт.
2. Как классифицируется аборт.
3. Какие существуют методы искусственного прерывания беременности.
4. Показания и противопоказания к искусственному аборту.
5. Какие осложнения возможны при аборте и какова экстренная помощь при их возникновении.
6. Этиология и патогенез инфекционно-токсического шока.
7. Каковы критерии диагностики и объем лечебных мероприятий при инфекционно-токсическом шоке.

#### **Рекомендуемая литература.**

##### **Основная литература:**

1. Гинекология: учебник/под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 432 с.
2. Гинекология. Национальное руководство/под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М. «Гэотар-мед.», 2009.- 1072 с.

#### Дополнительная литература:

3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 3/под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 880 с.
4. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2/под ред. В.И. Кулакова. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 560 с.
5. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: практическое руководство/под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 720 с.
6. Клинические лекции по гинекологии: учебное пособие/под ред. Проф. О.В. Макарова. – М., «Гэотар-мед.», 2009.- 320 с.
7. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство/под ред. В.Н. Серова. – 2-е изд., испр. и доп. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 256 с.
8. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 600 с.
9. Адамян Л.В. Аномалии женской репродуктивной системы. – М, 2008.- 364 с.
10. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. – М., «Гэотар-мед.», 2006.- 416 с.
11. Рис М., Хоуп С., Мур Дж., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход/пер с англ. под ред. В.Н. Прилепской. – М., «Гэотар-мед.», 2010.- 256 с.

### Практическое занятие № 23-24

**Тема:** Планирование семьи. Контрацепция

#### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Понятие о прегравидарной подготовки. Современные методы обследования.
2. Контрацепция: понятие, классификация, возрастные особенности. Показания и противопоказания.

#### Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. Физиология репродуктивной системы женщины
2. Возрастные периоды женщин
3. Возрастные особенности анатомии и физиологии органов репродуктивной системы
4. Регуляция овариально-менструального цикла
5. Яичниковый и маточный циклы
6. Классификация дисфункциональных маточных кровотечений
7. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностические мероприятия ДМК
8. Методы лечения

#### Рекомендуемая литература.

##### Основная литература:

1. Гинекология: учебник/под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 432 с.
2. Гинекология. Национальное руководство/под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М. «Гэотар-мед.», 2009.- 1072 с.

##### Дополнительная литература:

3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 3/под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 880 с.
4. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2/под ред. В.И. Кулакова. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 560 с.

5. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: практическое руководство/под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 720 с.
6. Клинические лекции по гинекологии: учебное пособие/под ред. Проф. О.В. Макарова. – М, «Гэотар-мед.», 2009.- 320 с.
7. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство/под ред. В.Н. Серова. – 2-е изд., испр. и доп. – М., «Гэотар-мед.», 2008.- 256 с.
8. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие/под ред. В.Е. Радзинского. – М, «Гэотар-мед.», 2008.- 600 с.
9. Адамян Л.В. Аномалии женской репродуктивной системы. – М, 2008.- 364 с.
10. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. – М., «Гэотар-мед.», 2006.- 416 с.
11. Рис М., Хоуп С., Мур Дж., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход/пер с англ. под ред. В.Н. Прилепской. – М., «Гэотар-мед.», 2010.- 256 с.

## **2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Тема: «Аномалии родовой деятельности»**

**Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Классификация нарушений сократительной деятельности матки: слабость родовой деятельности (первичная и вторичная), бурная родовая деятельность, дискоординированная родовая деятельность.
2. Этиология, клиническая картина, диагностика, лечение и ведение родов при данной патологии.
3. Осложнения для матери и плода. Профилактика аномалий родовой деятельности.
4. Понятие о патологическом прелиминарном периоде, тактика ведения беременных.
5. Показания к кесареву сечению при аномалиях сократительной деятельности матки.
6. Особенности течения родов у возрастных первородящих.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Аномалии родовой деятельности: классификация, этиология, патогенез.
2. Слабость родовой деятельности: классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Стремительные роды: классификация, клиника, диагностика, лечение. Возможные осложнения.
4. Дискоординированная родовая деятельность: клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
5. Регуляторные механизмы сократительной деятельности матки
6. Показатели сократительной деятельности матки
7. Патологический прелиминарный период: клиника, диагностика, лечение.

**Тема: «Беременность и роды при крупном плоде»**

**Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Беременность и роды при крупном плоде.
2. Причины формирования крупного плода
3. Ведение беременности и родов при крупном плоде
4. Профилактика крупного плода в женской консультации

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Крупный плод. Этиология и предрасполагающие факторы. Группы риска.
2. Крупный плод. Клиника. Дифференциальная диагностика.
3. Течение беременности. Возможные осложнения при беременности крупным плодом.
4. Тактика ведения беременности при крупном плоде

### **Тема: «Прерывание беременности ранних сроков. Внебольничный аборт»**

#### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Прерывание беременности ранних сроков. Обследование беременной.
2. Показания, противопоказания к прерыванию беременности ранних сроков.
3. Обезболивание при прерывании беременности ранних сроков.
4. Осложнения и их профилактика при прерывании беременности ранних сроков
5. Внутриматочная контрацепция в послеабортном и послеродовом периодах
6. Диагностика, тактика врача при внебольничном аборте
7. Осложнения, их профилактика после внебольничного аборта
8. Реабилитация после внебольничного аборта

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Методы прерывания беременности ранних сроков, их характеристика. Противопоказания. Возможные осложнения. Профилактика.
2. Внебольничный аборт. Причины, классификация. Диагностика. Тактика врача.

### **Тема: «Современные методы прерывания беременности поздних сроков»**

#### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Современные методы прерывания беременности поздних сроков. Обезболивание
2. Показания к прерыванию беременности поздних сроков

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки.
2. Возможные осложнения при прерывании беременности поздних сроков Обезболивание.
3. Показания к прерыванию беременности в поздние сроки.
4. Профилактика осложнений. Реабилитация.

### **Тема: «Кесарево сечение в современном акушерстве»**

#### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Показания к операции кесарева сечения при беременности
2. Методика операции кесарева сечения
3. Условия для выполнения операции кесарева сечения
4. Показания к расширению объема операции
5. Интраоперационные осложнения (профилактика и методы устранения)
6. Профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Кесарево сечение: показания, методы обезболивания, подготовка к операции
2. Хирургическая техника кесарева сечения
3. Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении
4. Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения
5. Осложнения, их профилактика, реабилитация после кесарева сечения

6. Факторы риска послеоперационных инфекционных осложнений, показания к антибиотикопрофилактике
7. Оформление медицинской документации при оперативном родоразрешении согласно клиническим рекомендациям (протоколу) Кесарево сечение. Показания. Методы обезболивания. Хирургическая техника. Антибиотикопрофилактика. Ведение послеоперационного периода.

### **Тема: «Травматизм в акушерстве»**

#### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Разрывы наружных половых органов, промежности, клитора.
2. Методика зашивания промежности, клитора в соответствии с данными анатомии (венозное, вестибулярное сплетение, пещеристые тела).
3. Разрывы шейки матки, влагалища, гематомы.
4. Определение степени разрыва шейки матки.
5. Особенности зашивания шейки матки при III степени разрыва.
6. Разрывы влагалища. Локализация.
7. Разрывы матки во время беременности.
8. Разрывы матки в родах.
9. Классификация разрыва матки.
10. Клиника угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки.
11. Предрасполагающие факторы разрыва лонного сочленения.
12. Симптоматика разрыва лонного сочленения.
13. Методы диагностики разрыва лонного сочленения.
14. Современные методы лечения разрыва лонного сочленения.
15. Травма смежных органов: мочевого пузыря, прямой кишки.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Основные виды акушерского травматизма мягких тканей родового канала.
2. Механический разрыв матки (этиология, клиника, неотложная помощь и объем операции в зависимости от стадии). Интенсивная терапия.
3. Гистопатический разрыв матки (клинико - диагностические критерии, лечение).
4. Разрыв шейки матки: классификация, диагностика, лечение, профилактика.
5. Разрыв промежности: классификация, диагностика, лечение, профилактика.
6. Акушерский травматизм костей таза: клиника, диагностика, лечение, профилактика.

### **Тема: «Травматизм при акушерских и гинекологических операциях»**

#### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Ранняя диагностика травм
2. Травматизм при прерывании беременности.
3. Перфорация матки. Клиника, диагностика.
4. Основные методы оперативного лечения острой травмы органов мочевого пузыря.
5. Травма мочевого пузыря, мочеточников, кишки при чревосечении.
6. Профилактика травм мочевого пузыря на отдельных этапах операции.
7. Профилактика травматизма при акушерских и гинекологических операциях.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Травматизм при прерывании беременности. Перфорация матки. Особенности производства аборта при неправильном положении матки. Особенности производства аборта при пороке

развития матки. Особенности производства аборта при отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе. Клиника, диагностика перфорации матки. Объем оперативного лечения (зашивание, ампутация, экстирпация матки). Реабилитация в зависимости от объема операции и травмы соседних органов

2. Условия применения в родах операции наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода. Профилактика травм уретры, мочевого пузыря, разрыва промежности III степени. Ранняя диагностика травм. Основные методы оперативного лечения острой травмы органов мочевого выделения.

3. Особенности восстановительной операции при разрыве промежности III степени. Методика зашивания прямой кишки. Методика зашивания анального кольца. Рациональное ведение послеоперационного периода после восстановительных операций на органах мочевого выделения и прямой кишке. Реабилитация в условиях женской консультации.

### **Тема: «Кровотечения во время беременности»**

#### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Этиопатогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. (причины, зависящие от организма матери и плода).
2. Клиника ПОНРП
3. Лечение ПОНРП
4. Профилактика ПОНРП
5. Диагностика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки.
6. Клиника кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
7. Лечение кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
8. Профилактика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: классификация, этиология, предрасполагающие факторы, патогенез.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, особенности ведения родов.
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: возможные осложнения, диагностика и лечение.
4. Предлежание плаценты: классификация, этиология, предрасполагающие факторы, патогенез.
5. Предлежание плаценты: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, особенности ведения беременности и родов.
6. Группы риска по развитию предлежания плаценты. Профилактика данной патологии.
7. Дородовые кровотечения и заболевания крови: классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, особенности ведения беременности и родов..
8. Дородовые кровотечения и заболевания шейки матки: классификация, этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, особенности ведения родов.
9. Алгоритм обследования беременных, поступающих в стационар с кровянистыми выделениями.

10. Профилактика, лечение, алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (протокол лечения)

**Тема: «Кровотечения во время родов»**

**Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Этиопатогенез нарушения механизма отделения и выделения последа.
2. Клиника и диагностика нарушения механизма отделения и выделения последа
3. Лечение нарушения механизма отделения и выделения последа
4. Профилактика нарушения механизма отделения и выделения последа
5. Этиопатогенез приращения плаценты.
6. Клиника и диагностика приращения плаценты
7. Лечение приращения плаценты
8. Профилактика приращения плаценты
9. Группы риска по развитию приращения плаценты

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Причины массивных акушерских кровотечений, их классификация.
2. Кровотечения в последовом периоде: причины, классификация, клиническая картина, диагностика, ущемление отделившегося последа в матке - тактика врача.
3. Приращение плаценты: этиопатогенез, клиника, диагностика, скрининг, тактика врача.
4. Последовательность оказания пособий при кровотечении в третьем периоде родов.
5. Вращение плаценты: этиопатогенез, клиника, диагностика, скрининг, тактика врача, возможные варианты хирургического лечения.
6. Профилактика вращений плаценты.

**Тема: «Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде»**

**Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Этиопатогенез гипотонического, атонического кровотечения
2. Клиника и диагностика гипотонического, атонического кровотечения
3. Лечение гипотонического, атонического кровотечения (консервативное, хирургическое)
4. Профилактика гипотонического, атонического кровотечения
5. Этиопатогенез поздних послеродовых кровотечений
6. Клиника и диагностика гипотонического, атонического кровотечения
7. Лечение поздних послеродовых кровотечений
8. Профилактика поздних послеродовых кровотечений

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Причины кровотечений в послеродовом периоде. Алгоритм действий при послеродовом кровотечении
2. Разрыв мягких тканей родовых путей как причина кровотечений: предрасполагающие факторы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Задержка частей последа в полости матки: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Гипотония и атония матки. этиопатогенез, дифференциальная диагностика с травмой матки и родовых путей.
5. . Гипотония и атония матки: консервативное лечение. Алгоритм использования гемостатического внутриматочного баллона.

6. Эмболия околоплодными водами: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Эмболия околоплодными водами: лечение, профилактика.
8. Гипотония и атония матки: показания к применению хирургических методов остановки кровотечения, последовательность их применения. Методики В-Lynch, Науман, Cho, Перейра.
9. Кровосберегающие технологии в акушерской практике. Клинические рекомендации (протокол лечения).
10. Профилактика поздних послеродовых кровотечений.

## **Тема: «Шок и терминальные состояния в акушерстве»**

### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Изменения в организме при острой кровопотере: гемодинамические нарушения
2. Изменения водно-электролитного баланса, КОС
3. Шок I степени (период относительной компенсации)
4. Шок II-III степени (период нарушения компенсации)
5. Шок IV степени (предагональная декомпенсированная кровопотеря)
6. Восполнение ОЦК, гемотрансфузия, показания, объем.
7. Методы гемотрансфузии, внутривенное, внутриартериальное нагнетание крови и прямое переливание.
8. Характеристика постгемотрансфузионных осложнений
9. Декстрины (полиглокин, реополиглокин).
10. Белковые препараты
11. Гормональные препараты.
12. Витаминотерапия.
13. Препараты, регулирующие сосудистый тонус.
14. Электролиты.
15. Буферные растворы
16. Этиопатогенез эмболии околоплодными водами
17. Клиника эмболии околоплодными водами
18. Диагностика эмболии околоплодными водами
19. Лечение эмболии околоплодными водами. Характеристика основных лекарственных препаратов
20. Прогноз при эмболии околоплодными водами
21. Профилактика эмболии околоплодными водами
22. Этиопатогенез постгипоксического отека головного мозга
23. Диагностика постгипоксического отека головного мозга
24. Лечение постгипоксического отека головного мозга
25. Профилактика постгипоксического отека головного мозга
26. Патогенез острой дыхательной недостаточности
27. Диагностика острой дыхательной недостаточности
28. Лечение острой дыхательной недостаточности
29. Профилактика острой дыхательной недостаточности
30. Патогенез "Шокового" легкого, отека легкого
31. Клиника отека легкого
32. Лечение отека легкого
33. Профилактика отека легкого
34. Патогенез острой почечной недостаточности
35. Клинические формы ОПН
36. Диагностика ОПН

37. Лечение ОПН Гемодиализ
38. Сепсис
39. Синдром Шихана
40. Реабилитация больных, перенесших шок и терминальные состояния

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. Изменения в организме при острой кровопотере. Способы определения кровопотери.
2. Геморрагический шок. Этиология. Патогенез. Классификация
3. Геморрагический шок. Основные клинические формы шока и терминальных состояний.  
Клиническая картина и диагностика
4. Последовательность неотложных мероприятий. Лечение шока и терминальных состояний.
5. Методы гемотрансфузии. Характеристика постгемотрансфузионных осложнений.
6. Сепсис: факторы риска. этиология патогенез. Клиника, диагностика . Лечение.
7. Синдром Шихана: Клиника, диагностика . Лечение. Реабилитация больных, перенесших шок.  
Тромбэмболия и эмболия околоплодными водами.

#### **Тема: «ДВС-синдром»**

##### **Перечень рассматриваемых вопросов**

1. Свертывающая и противосвертывающая система крови
2. Этиопатогенез диссеминированного внутрисосудистого синдрома свертывания крови (ДВС)
3. Клиника ДВС
4. Диагностика ДВС
5. Лечение ДВС. Характеристика основных лекарственных препаратов
6. Прогноз при ДВС
7. Профилактика ДВС

##### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы**

1. ДВС-синдром в акушерстве: этиология, три аксиомы ДВС-синдрома. Патогенез.
2. ДВС-синдром: классификация. Клиника.
3. Диагностика ДВС-синдрома.
4. Шоковые реакции: шоковый мозг, шоковое легкое, шоковая почка.
5. Лечение ДВС-синдрома
6. Профилактика ДВС-синдрома

#### **Рекомендуемая литература**

№ п/п	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
<b><i>Основная литература</i></b>		
1.	Акушерство : учебник / Г. М. Савельева [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015	200 экз.
2.	Гинекология: учебник / под ред. Савельевой Г.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	109 экз.
<b><i>Дополнительная литература (которая есть в свободном доступе)</i></b>		
1	Акушерство : учеб. пособие : ч.1, ч.2 / И. А. Салов и др. - Саратов : Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2013 – эл. оп. диск	эл. оп. диск

2	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок : метод. указ. / сост. Н. В. Хворостухина и др. - Саратов, 2014 – эл. оп. диск	эл. оп. диск
3	Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Тромбоэмболия и эмболия околоплодными водами : метод. указ. / сост. Н. В. Хворостухина и др. - Саратов, 2014 - эл. оп. диск	эл. оп. диск

## 1. Шкалы оценивания

### 1.1. Тестового контроля

% выполнения задания	Балл по 10-бальной системе
91 – 100	9,1 – 10
81 – 90	8,1 – 9,0
71 – 80	7,1 – 8,0
61 – 70	6,1 – 7,0
51 – 60	5,1 – 6,0
Менее 50	0

### 1.2. Реферата

- при грамотном представлении каждого пункта содержания реферата, начиная с оформления титульного листа и заканчивая списком литературы, соответствующим требованиям ГОСТ, выставляется оценка «5»,
- при грамотном изложении основной части реферата с ошибками в оформлении других частей (содержания, библиографического списка и т.п.) – оценка «4»,
- при смысловых ошибках в основном разделе реферата и правильном оформлении других разделов (титульный лист, содержание, список литературы) - оценка «3»,
- при смысловых ошибках в основном разделе реферата и неправильном оформлении других разделов - оценка «2».

#### Этапы работы над рефератом

В организационном плане написание реферата есть процесс, распределенный во времени по этапам.

Первый этап - выбор темы. Она не должна быть слишком общей, глобальной, так как сравнительно небольшой объем работы (до 15 страниц) не позволит раскрыть ее. При выборе темы необходимо поинтересоваться, насколько она освещена в имеющейся научной литературе. Для этого существуют тематические каталоги библиотек и библиографические указатели литературы. Информацию о литературе можно также почерпнуть из справочно-библиографического аппарата (ссылок) изданий посвященных данной теме. Выбор темы, конечно, должен быть осознанным, то есть, прежде всего, должен отвечать личным познавательным интересам будущего автора. Очень важны в этом смысле консультации и обсуждение темы с преподавателем или руководителем работы, который может и должен оказать помощь в правильном выборе темы и постановке задач работы.

Второй этап - подборка литературы и работа с ней. Выбрав тему, необходимо изучить соответствующую литературу: книги, брошюры, журнальные и газетные статьи. Для выбора литературы студенты могут воспользоваться любой библиотекой: своей, городской, областной, Интернет источниками, энциклопедиями, словарями, справочниками.

При изучении источника или книги целесообразно делать соответствующие выписки. Лучше делать их на отдельных листах бумаги и с одной стороны листа. Не следует забывать и о записях полных библиографических сведений об изучаемой книге, которые необходимы для правильного оформления списка литературы.

Третий этап - Составление плана написания реферата. Реферат пишется по определенному плану. Первоначальный план обычно рекомендуется преподавателем. Однако при изучении соответствующей литературы этот вариант плана уточняется и совершенствуется.

План - это логическая основа реферата. От правильного его составления зависит структура и логическая связь его частей. Имея предварительный план, студент обращается к библиографии, прибегая к помощи библиографического каталога. Когда в достаточной степени накоплен

материал, можно приниматься за систематизацию материала, отразив в плане все основные части реферата.

Четвертый этап - написание реферата по его структуре. Работу рекомендуется сначала писать на черновике, на одной стороне листа с полями слева, чтобы при необходимости можно было делать текстовые вставки на полях или на оборотной стороне листа. Автору нужно следить за тем, чтобы изложение материала точно соответствовало цели и названию параграфа.

Написав черновую рукопись, нужно отредактировать весь написанный текст. Приступить к редактированию работы лучше спустя 2-3 дня. Взглянув на написанный текст новым взглядом, легче увидеть свои ошибки и выбрать путь для улучшения содержания работы. Черновой вариант рукописи должен быть переписан на белом, лучше набрать на компьютере.

Излагать материал в реферате рекомендуется своими словами, не допуская дословного переписывания из литературных источников. Работа должна быть написана грамотным литературным языком.

Сокращение слов в тексте не допускается. Исключения составляют общеизвестные сокращения и аббревиатуры.

Имеются жесткие требования порядку изложения материала реферата. Он должен иметь следующую структуру:

I. Введение

II. Основная часть (2/3 от всего объема).

Заключение.

Список литературы.

Приложение (необязательная часть).

**Введение**

Во введении должна быть обоснована актуальность темы, сформулированы цели работы и основные вопросы, которые предполагается раскрыть в реферате, а также должно быть указано, с использованием каких материалов выполнена работа - дается краткая характеристика использованной литературы с точки зрения полноты освещения в ней избранной вами темы. Объем введения не должен превышать 1-1,5 страницы.

**Основная часть**

В основной части работы необходимо достаточно полно и убедительно раскрыть все пункты плана, сохраняя логическую связь между ними и последовательность перехода от одного к другому. Каждый раздел рекомендуется заканчивать кратким выводом. В этой части автор реферативного сочинения решает задачи, поставленные во введении. Основная часть должна включать в себя развитие научных представлений о проблеме. Целесообразно показать связь проблемы с современной действительностью. Кроме того, она должна содержать собственное мнение студента и сформулированные самостоятельные выводы, опирающиеся на соответствующие факты.

Основная часть может быть разбита на параграфы (разделы), которые должны располагаться последовательно, логически.

Письменная обработка полученных знаний зачастую бывает трудным делом. Не расстраивайтесь, если у вас что-то не получается «сразу». Вернитесь к работе через какое-то время. Главное в письменном изложении, чтобы вас поняли. Постарайтесь разобраться в сути работ, поставьте себя на место читателя, который видит работу впервые.

Обратите внимание на логичность изложения материала, на связь между параграфами (разделами) и частями работы. Выводы необходимо делать в каждом параграфе и главе.

**Заключение**

Заключение подводит итог работы.

Оно должно содержать основные выводы автора по решению проблем, поставленных в основной части реферата. Заключение может содержать и предложения по дальнейшей научной разработке вопроса. Оно должно быть четким и кратким. По объему не должно превышать введение (1-2 страницы).

## Список литературы и источников

Каждый источник указывается строго в соответствии с его наименованием в алфавитном порядке и нумеруется.

## Приложения

В приложения рекомендуется включать материал, который по разным причинам не приведен в основном тексте работы: заимствованные из литературы или самостоятельно составленные автором реферата таблицы, схемы, графики, диаграммы, карты, именной, тематический или географический указатель, словарь терминов, фотографии, ксерокопии, рисунки. Страницы приложения продолжают сквозную нумерацию реферата. Само приложение нумеруется арабскими цифрами, чтобы на него можно было сослаться в конце соответствующей фразы текста.

Четвертый этап - оформление реферата. Реферат должен быть правильно и аккуратно оформлен, текст (рукописный или в компьютерном исполнении) - разборчивым, без стилистических и грамматических ошибок. Работа выполняется на вертикально расположенных листах. Все страницы реферата, исключая титульный лист, нумеруются арабскими цифрами. Номер проставляется вверху в центре страницы. Объем реферата в среднем 5 - 15 страниц формата А4 (210 x 297 мм), набранных на компьютере и заполненных с одной (лицевой) стороны. В рукописном варианте количество страниц самостоятельно определяется автором работы пропорционально указанной норме.

### 1.3. Устного ответа

- при демонстрации студентом полного понимания вопроса и четкой формулировке ответа выставляется оценка «5»,
- при неполном понимании вопроса и затруднениях в четкой формулировке ответа - оценка «4»,
- при частичном понимании вопроса и значительных затруднениях в формулировке ответа – оценка «3»,
- при полном отсутствии понимания вопроса и ответа на него - оценка «2».

### 1.4. Ситуационной задачи

- при правильном четком ответе на ситуационную задачу и правильном ответе на уточняющие вопросы преподавателя по ее содержанию выставляется оценка «5»,
- при правильном ответе на ситуационную задачу и трудностях в ответе на сопутствующие вопросы преподавателя – оценка «4»,
- при правильном ответе на ситуационную задачу и неправильном ответе на дополнительные вопросы преподавателя по ее содержанию – оценка «3»,
- при неправильном ответе на задачу и наводящие вопросы преподавателя по ее содержанию – оценка «2».

### 1.5. Презентации

- при грамотном представлении каждого пункта содержания презентации выставляется оценка «5»,
- при грамотном изложении основной смысловой части презентации с ошибками в других частях выставляется оценка «4»,
- при смысловых ошибках в основном разделе презентации - оценка «3»,
- при смысловых ошибках во всех разделах презентации - оценка «0».

## **1.6. Практического навыка**

Демонстрирует полное владение практическим навыком (5 баллов)

Демонстрирует владение практическим навыком с неточностями, не оказывающими значительного отрицательного влияния на предполагаемый результат выполнения данного навыка (4 балла)

Демонстрирует частичное владение практическим навыком, что позволяет достичь предполагаемый результат выполнения данного навыка лишь ориентировочно (3 балла)

Демонстрирует отдельные элементы практических навыков без достижения предполагаемого результата (0 баллов)

## **1.7. Деловой игры**

Демонстрирует полное владение ролевыми навыками (5 баллов)

Демонстрирует владение ролевыми навыками с неточностями, не оказывающими значительного отрицательного влияния на предполагаемый результат выполнения данных навыков (4 балла)

Демонстрирует частичное владение ролевыми навыками, что позволяет достичь предполагаемый результат лишь ориентировочно (3 балла)

Демонстрирует отдельные элементы ролевых навыков без достижения предполагаемого результата (0 баллов)

**Сведения о материально-техническом обеспечении,  
необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине  
« Акушерство»**

№ п/ п	Адрес (местоположение) здания, строения, сооружения, помещения	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование	Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений*, территорий с указанием площади (кв.м.)	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических, объектов физической культуры и спорта	Наименование объекта	Инвентарный номер
1	Одесская, 46А	аренда	119 м <sup>2</sup>	Аудитория	Стол письменный 2 шт Стул 2 шт 200 посадочных мест	Собственность ГУЗ СГКБ №8
			18,3 м <sup>2</sup>	Учебная комната №1	Стол письменный 1шт. Стол письменный 1шт. Стул 13 шт. Стул 1 шт. Шкаф книжный	0000110106046 60 0000110106046 74  1300000000008 89 Ун02101360235 6 0000110106046 99
			18,5 м <sup>2</sup>	Учебная комната №2	Стол письменный 1шт. Стол письменный 1шт. Стул 13 шт. Стул 1 шт. Шкаф книжный	0000110106047 08 0000110106046 71  1300000000008 89 Ун02101360235

						6 0000110106047 28
			18,4 м <sup>2</sup>	Учебная комната №3	Стол письменный 1шт. Стол письменный 1шт. Стул 13 шт. Стул 1 шт. Шкаф книжный	0000110106046 72 0000110106047 07  1300000000008 89 Ун02101360235 6 0000110106047 29
			18,7 м <sup>2</sup>	Учебная комната №4	Стол письменный 1шт. Стол письменный 1шт. Стул 13 шт. Стул 1 шт. Шкаф книжный	0000110106047 09 0000110106046 73  1300000000008 89 Ун02101360235 6 0000110106047 30
			18,7 м <sup>2</sup>	Компьютерный класс	Компьютер в составе: монитор ViewSonic, процессор Pentium Cor insaid, мышь, клавиатура, оперативная память, устройство бесперебойного питания.	0000110104016 38         0000110104016

				<p>Компьютер в составе: монитор ViewSonic, процессор Pentium Cor insaid, мышь, клавиатура, оперативная память, устройство бесперебойного питания.</p>	39
				<p>Компьютер в составе: монитор ViewSonic, процессор Pentium Cor insaid, мышь, клавиатура, оперативная память, устройство бесперебойного питания.</p>	0000110104016 40
				<p>Компьютер в составе: монитор ViewSonic, процессор Pentium Cor insaid, мышь, клавиатура, оперативная память, устройство бесперебойного питания.</p>	0000110104016 41
				<p>Компьютер в составе: монитор ViewSonic, процессор Pentium Cor insaid, мышь, клавиатура, оперативная память, устройство бесперебойного питания.</p>	0000110104016 41
				<p>Компьютер в составе: монитор ViewSonic, процессор Pentium Cor insaid, мышь, клавиатура,</p>	

				оперативная память, устройство бесперебойного питания.	0000110104016 41
				Компьютер в составе: монитор ViewSonic, процессор Pentium Cor insaid, мышь, клавиатура, оперативная память, устройство бесперебойного питания.	2015090000002 54
				Компьютер в составе: монитор Panasonic, процессор Advantages , мышь, клавиатура, оперативная память.	2015090000002 55
				Компьютер в составе: монитор Panasonic, процессор Advantages , мышь, клавиатура, оперативная память.	2015090000002 56
				Компьютер в составе: монитор Panasonic, процессор Advantages , мышь, клавиатура, оперативная память.	2015090000002 57

					процессор Advantages , мышь, клавиатура, оперативная память.	
			42 м <sup>2</sup>	Центр практических навыков	Ноутбук DEXP AGILION 0108  Ноутбук FUJITSU  Мультимедийный проектор SONY  Мультимедийный проектор ViewSonic  Мультимедийный проектор OPTIMA  Лазерный принтер модель hp Laser jet P1005  Лазерный принтер модель hp Laser jet P1160  МФУ Kyosera	2015090000003 24  0000110104028 70  2015000000009 94  0000110104028 10  2015000000094 35  0000110104009 30  0000061999035 6  2015090000004 35

					Манекен для проведения гистероскопии – 1 шт.	200441200000034
					Многофункциональный манекен имитации родов (роженицы и новорожденного)NOEL E-1 шт	201412000000033
					Симулятор роженицы для отработки акушерских, гинекологических, неонатологических, практических навыков.	2015110000000399
					УЗФО-15 (Обработка ранки пупка)-1шт	000011010601517
					УЗФО-21,1 (Сменные вставка промежности)-4 шт	2014120000000129
					УЗФО -28 (Фантом акушерский)-2 шт	2014120000000128
					УЗФО -30 (Кукла акушерская объемная) 1 шт	
					УЗФО-34 (Кукла акушерская для	201412000000034

					обр.) 1 шт	
					УЗФО-36 (Фантом гинекологический) 1 шт	0000110106052 89
					Тренажер эпизиотомии	
					Тренажер эпизиотомииналожении швов	2014120000000 11
					Фантом женский таз и тазовое дно	2015120000000 56
					Фантом скелет женского таза с гениталиями	2015120000000 60
					Модель для демонстрации сглаживания и расширения шейки матки	0000110106014 52
					Инерактивный комплекс в составе ноутбук проектор интерактивная доска.	0000110106014 53
					Экран на треноге	2015120000000 59

						2101060014342 09
						0000110104028 30
2	ГУЗ СГКБ №10, Заречная,2	аренда	18,2 м <sup>2</sup>	Учебная комната	Стол письменный 2 шт Стул 16 шт Шкаф книжный 1 шт	Собственность ГУЗ СГКБ №10
3	ГУЗ СОДКБ Вольская, 6	аренда	24,6 м <sup>2</sup>	Учебная комната	Стол письменный 3 шт Стул 24 шт Шкаф книжный 1 шт	Собственность ГУЗ СОДКБ

\* (учебные, учебно-лабораторные, административные, подсобные, помещения для занятия физической культурой и спортом, для обеспечения обучающихся и сотрудников питанием и медицинским обслуживанием, иное)

**Сведения о кадровом обеспечении,  
необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине  
« Акушерство»**

Ф.И.О преподавателя	Условия привлечения (штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель, по договору)	Занимаемая должность, ученая степень/ученое звание	Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану	Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования окончил, год)	Уровень образования, наименование специальности по диплому, наименование присвоенной квалификации	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)	Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год		Общий стаж работы	Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных организациях с указанием периода работы и должности
							спец	пед		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Хворостухина Н.Ф.	штатный	зав. кафедрой, д.м.н., профессор	Акушерство	СГМУ, 1995	Высшее «Лечебное дело» Высшая	0,02		2021	24	7 л 2013 – по настоящее время – зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета
Чупахин Р.В.	штатный	ассистент	Акушерство	СГМУ, 2020	Высшее «Педиатрия»	0,1		---	--	--- 2022-по настоящее время ассистент

										кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета
Степанова Н.Н.	штатный	Ассистент	Акушерство и гинекология Акушерство	СГМУ, 1987	Высшее «Лечебное дело» Высшая	0,15	Эндокринология в гинекологии, 2013 Гинекология у детей, 2013	2021	33	7 л. 2015- по настоящее время ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета
Денисюк Н.Е.	Внешний совместитель	Ассистент	Акушерство и гинекология Акушерство	СГМУ, 1997	Высшее «Лечебное дело» Высшая	0,21	---	---	22	1 г. 2021- по настоящее время ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета

1. Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину - 4 чел.

2. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину - 0,5 ст.

**Пример расчета доли ставки:** 1 ставка = 900 учебных часов. У преподавателя по данной дисциплине 135 часов.  
Таким образом,  $135 : 900 = 0,15$  – доля ставки

**Дополнения и изменения к рабочей программе  
на 20\_\_-20\_\_ учебный год**

по дисциплине \_\_\_\_\_ для специальности (направления подготовки) \_\_\_\_\_.

В рабочую программу вносятся следующие изменения:

- 1.
- 2.
- 3.

или делается отметка об отсутствии изменений на данный учебный год.

Рабочая программа пересмотрена и одобрена без изменений (изменения внесены) на учебно-методической конференции кафедры от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_.

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_/Фамилия И.О./