

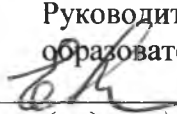
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии №3*

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель  
образовательной программы

 /Лебеденко Е.Ю./

(подпись) (Ф.И.О.)

«29» 08 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ПО ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 31.08.01 Акушерство и гинекология

Квалификация выпускника: врач акушер-гинеколог

Форма обучения: очная

Курс: 2

Семестр: 4

Ростов-на-Дону  
2023

Рабочая программа ГИА по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология** рассмотрена на заседании кафедры акушерства и гинекологии №3

Протокол от 25 апреля 2023 № 9

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии №3  Е.Ю.Лебеденко

Директор библиотеки: «Согласовано»

«29» 08 2023 г.

  
Кравченко И.А.

## I. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

**Цель:** Установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.01 Акушерство и гинекология.

**Задачи:** Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

## II. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

### *Универсальные компетенции (УК-):*

**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

### *Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):*

**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

**ОПК-5.** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасности

**ОПК-7.** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

**ОПК-8.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

### *Профессиональные компетенции (ПК-):*

**ПК-1.** Способен применять клинические рекомендации, стандарты, клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с акушерско-гинекологической патологией в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, а также стационарных условиях

## ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ

## ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.01 Акушерство и гинекология** осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-акушера-гинеколога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология** проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры **31.08.01 Акушерство и гинекология**.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.01 Акушерство и гинекология**.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

## ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата<sup>1</sup>).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология** путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования -

---

<sup>1</sup> Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
	1. Метроэндометрит. Этиология, патогенез. Лечение.	УК - 1 , ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 8, ПК - 1
	2. Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после операции . При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 уд/мин., температура 38,2°С. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала – обильные гнойные выделения. При пальпации – шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие. Диагноз? План ведения?	УК - 1 , ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ОПК 8, ПК - 1

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Нормальный менструальный цикл. Уровни регуляции менструального цикла.
2. Роль коры головного мозга, гипоталамо-гипофизарной системы в регуляции менструального цикла.
3. Аменорея. Классификация, этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика различных форм аменореи. Лечение.
4. Предменструальный синдром. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
5. Альгодисменорея. Этиология, клиника, лечение.
6. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте. Клиника, диагностика, лечение.
7. Менопаузальная гормональная терапия
8. Гормональная контрацепция. Механизм действия. Классификация. Показания Индекс Перля.
9. Гестагенные контрацептивы. Механизм действия. Индекс Перля. Показания
10. Неконтрацептивные эффекты комбинированных оральных контрацептивов.
11. ВМС. Механизм действия, противопоказания, возможные осложнения.
12. Пороки развития матки. Методы диагностики.
13. Миома матки. Клиника, диагностика, лечение. Показания к оперативному лечению.
14. Генитальный кандидоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение
15. Бактериальный вагиноз. Клиника, диагностика, лечение.
16. Инфекции, передающиеся половым путем. Классификация, пути передачи, диагностика, клиника, лечение, профилактика.
17. Воспалительные процессы гениталий. Иммунодиагностика.
18. Метроэндометрит. Этиология, патогенез. лечение..
19. Невынашивание беременности. Этиологические факторы, патогенез.
20. Бесплодный брак. Этиология, методы диагностики. Трубное и перитонеальное бесплодие. Этиология, клиника, лечение.
21. Синдром поликистозных яичников. клиника , диагностика, терапия.
22. Эндометриоз. Классификация. этиология, патогенез, диагностика, лечение. Аденомиоз, диагностика, современные концепции в лечении.
23. Доброкачественные опухоли яичников. Клиника, диагностика, методы лечения.
24. Кисты и кистомы яичника. Диагностика, тактика лечения.
25. Рак яичников. Клиника, диагностика, методы лечения.
26. Заболевания шейки матки. Очаговая дисплазия шейки матки. Классификация. Диагностика.

27. Гиперпластические процессы эндометрия. Клиника, диагностика, лечение
28. Внематочная беременность. Диагностика. Лечебная тактика. Реабилитация.
29. Ультразвуковое исследование во время беременности. Сроки проведения, решаемые задачи.
30. Допплерометрическая оценка маточно-плацентарного кровотока. Диагностические возможности.
31. Кардиотокография. Условия выполнения. Диагностическая значимость.
32. Плод как объект родов. Понятие зрелости и доношенности. Признаки зрелости плода.
33. Физиологические роды. Периоды. Ведение.
34. Диагностика состояния плода в родах.
35. Клинически узкий таз. Тактика ведения родов.
36. Послеродовый период. Классификация. Тактика ведения.
37. Многоплодная беременность. Осложнения во время беременности и родов, их профилактика. Особенности течения и ведения родов Выбор метода родоразрешения.
38. Нарушения сократительной активности матки. Этиология, клиника, диагностика.
39. Дискоординированная родовая деятельность. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.. Коррекция родовой деятельности. Показания к оперативному родоразрешению.
40. Слабость родовых сил. Диагностика и лечение.
41. Быстрые и стремительные роды. Диагностика, лечение.
42. Преждевременные роды. Особенности течения, принципы ведения. Возможные осложнения. Профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных.
43. Кесарево сечение. Абсолютные и относительные показания со стороны матери и плода. Профилактика послеоперационных осложнений.
44. Переносная беременность. Этиология, клиника, тактика ведения.
45. Акушерские кровотечения. Расчет индекса шока. Восполнение кровопотери.
46. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Этиология, клиника, тактика.
47. Гипотонические кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Клиника, тактика ведения.
48. Ранний токсикоз. Этиология, клиника, лечение. Показания к прерыванию беременности.
49. Преэклампсия. Современные представления об этиологии и патогенезе Клиника, лечение, тактика ведения родов.
50. HELLP-синдром. Этиология, клиника, лечение.
51. Эклампсия. Клиника. Принципы патогенетической терапии.
52. Острый жировой гепатоз. Клиника, диагностика, тактика ведения.

53. Иммунологические аспекты несовместимости по Rh-фактору и системе АВО.
54. Анемия во время беременности. Критерии диагностики и терапия.
55. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения и родоразрешения.
56. Акушерские кровотечения во время беременности.
57. Предлежание плаценты. Диагностика, тактика ведения беременности и родов.
58. Разрыв матки в родах. Клиника, акушерская тактика.
59. Метроэндометрит в послеродовом периоде. Этиология, клиника, лечение.
60. Перитонит в практике акушера-гинеколога. Особенности акушерского перитонита. Клиника, тактика ведения.

### **ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

1. На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 20-21 недели беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17 недель, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец. Диагноз? Какова должна быть тактика врача женской консультации?
2. В женскую консультацию обратилась повторно беременная в сроке беременности 25-26 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистые выделения из половых путей скудные. Дополнительные исследования? Диагноз? Тактика врача женской консультации?
3. Больная 22 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота и в пояснице, кровянистые выделения из половых путей? продолжающиеся 8-ой день срочных месячных, повышение температуры до 38°C. Половая жизнь с 19 лет вне брака. Общее состояние удовлетворительно. АД 115/80 мм рт. ст. Пульс 92 в минуту. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Мочеиспускание учащенное, болезненное в конце акта. Гинекологическое исследование: вульва сформирована правильно, шейка матки эрозирована, гнойно-сукровичные выделения из «С», тело матки мягковатое, болезненное. С обеих сторон придатки увеличены, болезненны при пальпации. Своды, параметрии интактны. В экстренном мазке на микрофлору из «С» и «У» обнаружены лейкоциты до 50



в поле зрения, диплококки внутриклеточно, отсутствие другой флоры. Диагноз? Тактика ведения ?

4. В стационар беременная 34 лет. В анамнезе роды плодом массой 4500, 3 мед аборта. Жалоб нет. Соматически здорова. Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Гестационный срок 42 недели. Матка в нормальном тоне. Сердцебиение выслушивается, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки укорочена до 1,5 см, центрирована. Наружный зев размягчен, пропускает 2 поперечных пальца. Выделения в умеренном количестве, белые. Диагноз? Тактика ведения ?

5. Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных аборта с повторным выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, матка увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 месяца назад. Диагноз? Тактика врача?

6. Первородящая 38 лет направлена на ультразвуковое исследование в сроке беременности 31-32 нед. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 34 см, масса женщины 80 кг, рост 155. Предположительный диагноз? Какова цель исследования?

7. Женщина 36 лет обратилась в женскую консультацию для подбора метода контрацепции. В анамнезе 2 родов, 3 искусственных аборта без осложнений. Менструальный цикл не нарушен. 4 года назад поставлен диагноз аденомиоз. Не лечилась. Выраженный варикоз сосудов нижних конечностей. Диагноз? Тактика ведения?

8. Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в родильный дом с излившимися околоплодными водами. При влагалищном исследовании: шейка матки кзади, длиной 2 см, наружный зев пропускает 1 поперечный палец. В анамнезе кесарево сечение, произведенное 2 года назад в связи с острой гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом. Диагноз? Тактика ведения?

9. Больная 25 лет, менструальная функция не нарушена, 22-ой день. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 5 месяцев назад при УЗИ. Доставлена «скорой помощью» с жалобами на резкие боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели. Температура нормальная, L – 6,2x10<sup>9</sup>. при двуручном исследовании – влагалище, шейка матки без особенностей, справа в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 8 см в диаметре, своды свободны, выделения слизистые. Диагноз? Тактика ведения?

10. Повторнородящая 36 лет (2 предыдущих родов закончились рождением крупных детей – 4000 г и 4100 г). Поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, которая началась 4 часа назад. Размеры таза: 26-29-

32-21 см. Предполагаемая масса плода – 3000 г. Отмечается значительное перерастяжение передней брюшной стенки и расхождение прямых мышц живота. Головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода – 146 ударов/мин. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сглажена. Открытие 7 см. плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в таз. Справа и сзади определяется лобик, слева и спереди – подбородок, пальпируется носик, ротик. Лицевая линия в правом косом размере. Емкость таза достаточная. Диагноз? Тактика ведения?

11. Больной 48 лет, предстоит оперативное лечение по поводу множественной миомы матки, размерами соответствующей 18 недель беременности. Жалуется на слабость. Последние 6 месяцев отмечает обильные и длительные менструации. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, пульс 84 уд/мин. АД 110/60 мм. рт. ст. Нв – 76 г/л. Диагноз? Тактика ведения? Предоперационная подготовка? Объем операции?

12. Пациентка С., 28 лет, поступила в приемный покой родильного дома с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 2 часов, жидкие выделения из половых путей. По кардиотокографии регистрируется родовая деятельность. В анамнезе — преждевременные роды через естественные родовые пути в сроке 35 недель. Настоящая беременность вторая, срок беременности — 34 недели. Объективно: рост 158 см, вес 64 кг, АД 120/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 34 недели, в тонусе. В зеркалах: подтекают светлые околоплодные воды. Вагинально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки укорочена до 1 см, раскрытие 4 см, шейка матки мягкая. Плодный пузырь отсутствует. Диагноз? Тактика ведения?

13. Больная 25 лет, в анамнезе 1 роды и 2 мед. аборта. Контрацепция по циклу. Последние 2 месяца отмечает нарушения менструального цикла по типу длительных, до 8-10 дней, обильных, менструаций. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые несколько бледные, Нв – 98 г/л, АД 120/60 мм. рт. ст., пульс – 86 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: шейка матки цилиндрическая, чистая, зев закрыт, выделения кровяные, умеренные (8-й день менструации). При двуручном исследовании: влагалище и шейка матки без особенностей, матка обычной величины, плотная, подвижная, безболезненная, своды свободные. Придатки не пальпируются. Диагноз? Дополнительное обследование. Какова тактика ведения?

14. В родильное отделение поступила беременная с жалобами на регулярные маточные сокращения каждые 5-7 минут в течении 2-х часов. Воды не изливались. Срок гестации по менструации — 32-33 недели. В анамнезе два самопроизвольных выкидыша в сроках 8-9 и 14-15 недель и один преждевременный роды в 35-36 недель, ребенок весом 2.350 гр, без осложнений. До поступления в стационар беспокоили тянущие боли внизу живота и пояснице в течение 10-12 дней. При влагалищном исследовании: укорочение шейки матки до 1- 1,5 см, канал пропускает два пальца за внутренний зев, плодный пузырь цел, предлежит головка, подвижна над

входом в малый таз, мыс не достигается, экзостозов нет. При динамическом осмотре через 2 часа нет прогрессирующего сглаживания и раскрытия шейки матки. Диагноз? Тактику ведения пациентки?

15. На приеме в ЖК пациентка 32 лет. Менструации начались в 16 лет и два года были нерегулярными, после этого приходят через 30 дней, кровянистые выделения 7-8 дней, умеренные, боли не беспокоят, последняя менструация была три недели назад.

16. Повторнобеременная 28 лет (в анамнезе 1 искусственный аборт и 2 самопроизвольных аборта) поступила в роддом в сроке 32 недели с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Шейка матки резко укорочена, цервикальный канал свободно проходим для 1 пальца за внутренний зев. По данным КТГ при поступлении: базальный ритм с\б плода 130 в минуту, переменный, нестрессовый тест реактивный, стрессовый — отрицательный. На токограмме — большие маточные сокращения через 10-15 минут. Поставьте диагноз. Определите тактику ведения пациентки.

17. Больная 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические, кровяные выделения. Рост 155 см, вес 112 кг. Страдает сахарным диабетом в течение 7 лет, АД 180/110 мм. рт. ст. При гинекологическом исследовании обнаружено: кровяные выделения из цервикального канала. По поводу ациклических кровяных выделений произведено раздельное диагностическое выскабливание. Результат гистологического исследования: атипичная гиперплазия эндометрия. Диагноз? План ведения?

18. Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37—38 нед., состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм. рт. ст. и 165\100, пульс 98 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев замкнут. Диагноз? Тактику ведения пациентки?

19. Пациентка 29 лет обратилась к гинекологу с жалобами на скудные, нерегулярные менструации. Из анамнеза: менархе в 12 лет. В 14-летнем возрасте перенесла корь, осложнившуюся менингоэнцефалитом. После заболевания менструальный цикл стал нерегулярным, отмечена прибавка в весе, в течение последних 2 лет наблюдается избыточный рост волос над верхней губой, руках, животе и внутренней поверхности бедер. Беременностей не было. Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести?

20. Повторнобеременная 25 лет поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод в сроке беременности 38 недель. В анамнезе одни своевременные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу тяжелой преэклампсии. Родовой деятельности нет, АД 150/90 мм. рт. ст., отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода

продольное, тазовый конец подвижен, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс крестца недостижим. Диагноз? Какой метод родоразрешения целесообразнее применить в данной ситуации?

21. Пациентка 31 года обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет. В анамнезе 1 роды, 4 аборта. 6 лет назад больная лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого двустороннего сальпингоофорита с образованием тубовариальных воспалительных опухолей с обеих сторон, пельвиоперитонита. По данным базальной термометрии – двухфазный менструальный цикл. Исследование гормонального профиля пациентки – без патологии. Показатели спермограммы мужа в пределах нормативных значений. Диагноз? Тактика ведения?

22. Первородящая находится во II периоде родов. В процессе наблюдения за роженицей отмечено урежение сердцебиения плода до 90—100 уд/мин, которое не выравнивается после потуги. При влагалищном исследовании выявлено, что головка плода находится в узкой части полости малого таза, сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок под лоном. Диагноз? Тактика ведения родов?

23. К врачу женской консультации обратилась больная Л. 25 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей после задержки месячных на 4 нед. и более. Беременность не планирует. Менархе с 16 лет, менструации нерегулярные, обильные после задержки. У пациентки ожирение 2 степени, рост волос на верхней губе, подбородке, около сосков, по белой линии живота, на голенях, стрии. Половой жизнью живет с 19 лет регулярно, без предохранения. При влагалищном исследовании матка нормальной величины, подвижная безболезненная. Яичники определяются в типичном месте как плотные безболезненные подвижные образования размером 4x5x4.5 см. Выделения кровянистые, скудные. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его. Проведите дифференциальную диагностику. Составьте план обследования и лечения.

24. Беременная 26 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, обморок, случившийся в день обращения. Две первые беременности закончились медицинским абортom без осложнений. Настоящая беременность третья. Срок беременности - 32 недели, Данные объективного обследования. Состояние беременной удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное. Рост 164 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы чистые, сухие, бледные, губы розовые. Имеется лёгкая желтизна ладоней и носогубного треугольника, трещины в углах рта. Ногти уплощённые, волосы тонкие ломкие, склеры голубоватого цвета. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 удара в мин., Артериальное давление 110/60 мм. рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый,

влажный. Живот увеличен за счёт беременной матки. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Тонус матки нормальный. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 142 удара в минуту, слева ниже пупка. Околоплодные воды не подтекают. Общий анализ крови: эритроциты  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гипохромия эритроцитов, цветовой показатель 0,8, гемоглобин 83 г/л, гематокрит 0,24, лейкоциты  $6,7 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 3, сегментоядерные 64, лимфоциты 31, моноциты 2; тромбоциты  $244 \times 10^9/л$ , анизоцитоз ++, время свёртывания крови 7 минут 50 секунд, СОЭ 35 мм/час. Биохимический анализ крови: билирубин 15 мкмоль/л, общий белок 75 г/л, АСТ - 20,6 МЕ/л, АЛТ - 11,7 МЕ/л, креатинин 0,058 ммоль/л. ПТИ 104%. Сахар крови 3,6 ммоль/л. Сывороточное железо 6 мкмоль/л. Диагноз, обоснование диагноза. Влияние установленной патологии на течение беременности, развитие плода, течение родов и послеродового периода, заболеваемость новорождённого. Лечебная тактика врача.

25. У пациентки 33 лет отмечаются болезненные, обильные менструации, сопровождающиеся «мажущими» кровянистыми выделениями до менструации. Больная отмечает нарастание болевого синдрома до менструации и особенно в ее первый день. При двуручном исследовании выявлено: тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, с гладкой поверхностью, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. При ультразвуковом сканировании выявлена выраженная «неоднородность», «ячеистость» структуры миометрия, с чередованием гипер- и гипоехогенных участков, особенно по задней стенке. В придатках патологических изменений нет. Свободной жидкости в заднем своде нет. Диагноз? Тактика обследования и лечения?

26. В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Пульс 100 уд/мин., АД 160/90 и 145/85 мм рт ст на руках. Отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, матка в постоянном тонусе, болезненная, сердцебиение плода глухое. Диагноз? План ведения?

27. Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, недомогание. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, «каменистой» плотности, неподвижные, с бугристой поверхностью, спаянные с окружающими тканями, болезненные при пальпации. Диагноз? Тактика обследования и лечения?

28. I срочные роды, крупным плодом (масса 4300,0). III период родов продолжается 10 мин. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается. Диагноз? Что делать?

29. Больная 49 лет. Жалобы на частые приливы жара к голове и шее (более 20 раз в сутки), потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Из сопутствующих заболеваний: хронический холецистит, хронический колит, ожирение. Последние 7 лет страдала предменструальным синдромом. Последняя менструация 8 месяцев назад. Диагноз? План ведения

30. У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно у пациентки появились сильные распирающие боли в животе, матка в постоянном тоне. Сердцебиение плода 100—110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в узкой части полости малого таза. Диагноз? Тактика ведения?

31. Пациентка, 54 года, обратилась к врачу с жалобами на "приливы" жара, сухость во влагалище, раздражительность, которые беспокоят ее более года. Из анамнеза известно, что последняя менструация была 13 мес назад, пациентка курит по 1 пачке сигарет в день, употребляет алкоголь в умеренных количествах. По данным общего осмотра значимой патологии не выявлено. При гинекологическом осмотре обращает на себя внимание выраженная сухость слизистой влагалища на фоне атрофических процессов. Диагноз? Тактика ведения?

32. Первобеременная 25 лет доставлена машиной СМП. Жалобы на общую слабость и кровотечение из влагалища, без родовой деятельности. Беременность 36 недель. Положение плода продольное, предлежащая часть ясно не определяется из-за тонуса матки. Сердцебиение плода не выслушивается. Кожные покровы бледные, пульс — 115 удар. в мин., АД - 90/50 мм.рт.ст. Диагноз. Тактика ведения

33. Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, тошноту, иногда рвоту, боли в области сердца, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез, снижение памяти, метеоризм. Все эти симптомы появляются за 6—14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни ее. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3 - 4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке - по женскому типу. Шейка матки конической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие. Диагноз. Тактика ведения

34. У родильницы 28 лет с преждевременным излитием вод возникла упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мёртвого плода самостоятельно отделилась плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 800 мл, продолжается. Предприняты меры - ручное обследование

стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Диагноз? План ведения?

35. У женщины 27 лет 3 года назад без видимой причины прекратились менструации, беременностей не было. Фенотип женский. В последнее время отмечает ухудшение зрения и появление головной боли. В анализе крови на гормоны: ФСГ 2,3 МЕ/мл (н 2-20), пролактин 160 нг/мл (н 2-25). Диагноз. Диагностика. Тактика ведения

36. У роженицы, находящейся во II периоде родов, ягодицы плода врезаются, развилась слабость потуг, появились признаки острой гипоксии плода. Тактика врача?

37. Больная 30 лет обратилась к гинекологу с целью выбора метода контрацепции. Из анамнеза: менструации с 13 лет, через 28 - 30 дней по 5 дней обильные болезненные. Половая жизнь регулярная в браке. Было две беременности, закончившиеся родами. Последние роды 4 месяца назад. Продолжает грудное вскармливание, менструации отсутствуют. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Гинекологический статус без особенностей. Назовите наиболее приемлемые методы профилактики нежелательной беременности в данном случае? Когда необходимо начать применение методов контрацепции после родов?

38. Повторнобеременная, первородящая в 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных аборта. В родах 14 часов, открытие шейки матки 6 см, длина канала 1,0 см, безводный период 10 часов. Схватки слабые, короткие. По КТГ- поздние децелерации, базальный ритм - 90-100 уд. в мин. Тактика ведения родов

39. Пациентка 49 лет обратилась к гинекологу по поводу периодически беспокоящих тянущих болей в низу живота. Впервые боли появились год назад. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация 3 недели назад. При ультразвуковом сканировании справа от матки определяется объемное образование гипоэхогенной эхоструктуры, однокамерное, овоидной формы 6 x 7 см в диаметре, толщина стенки 3 мм. Внутренняя поверхность капсулы гладкая. Диагноз? Тактика ведения?

40. Женщине, имеющей резус-отрицательную принадлежность крови, был сделан медицинский аборт. Какие нужно провести действия с целью предотвращения развития гемолитической болезни новорожденного в последующих гестациях?

41. В женскую консультацию обратилась пациентка 27 лет, с жалобами на бели с неприятным "рыбным" запахом. Бели усиливаются после подмывания с использованием мыла. Замужем. Внебрачные половые связи отрицает. В анамнезе одни роды и два аборта. Предохраняется с помощью ВМС. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая преддверия не изменена. слизистая влагалища розового цвета, шейка чистая, зев щелевидный. Стенки влагалища покрыты белесоватого цвета выделениями в умеренном количестве, с запахом,

напоминающим “рыбный”. Из зева шейки матки видны нити ВМС. патологии со стороны матки и придатков не выявлено. В мазке лейкоцитов 2-3 в поле зрения, флора смешанная обильная. Диагноз. Критерии диагностики. Тактика ведения

42. Роженица 29 лет. Роды 2-е, срочные, продолжаются 7 часов. Поступила с кровотечением. Общее состояние роженицы удовлетворительное, кожные покровы бледны. Предлежащая часть – головка, подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода отчетливое, слева ниже пупка 130 уд. в 1 мин., ритмичное. Схватки регулярные, через 3 минуты, средней интенсивности. А/Д-100/60. Влагалищное исследование: раскрытые зева – 7 см, плодный пузырь цел, сзади и слева прощупывается край плаценты, во влагалище сгустки крови. Какова причина кровотечения? Диагноз. Тактика ведения

43. Девочке 14 лет. Жалуется на ежемесячно возникающие боли внизу живота, которые длятся 5-7 дней, на протяжении полугода. Вторичные половые признаки выражены: Ма-2, Р-3, Ах-3, Ме-0. Живот при пальпации мягкий, определяется образование над лоном округлой формы, с четким контуром, умеренно болезненное, на 4см выше лона. Девственная плева резко выпячена, не имеет отверстия. Просвечивается темное содержимое. Диагноз? Возможные причины возникновения данного заболевания? Лечебная тактика?

44. Пациентка 36 лет. Роды вторые, срочные. Третьи сутки послеродового периода. Отмечает озноб, температура 39° С. Молочные железы мягкие, безболезненные. Дно матки на уровне пупка, при пальпации резкая болезненность матки. Лохии в умеренном количестве с неприятным запахом. Диагноз. Тактика врача.

45. Пациентка 19 лет обратилась в женскую консультацию с просьбой выбора метода контрацепции. Из анамнеза: менструации с 14 лет, регулярные, через 30 дней 3 - 4 дня. Половая жизнь с 15 лет, нерегулярная. В браке не состоит. Беременность одна, прервана искусственным абортом. Перенесла острую восходящую гонорею, пролечена. Соматически здорова. Гинекологический статус без особенностей. Предложите наиболее рациональный метод контрацепции в данном случае. Обоснуйте показания к его применению.

46. В женскую консультацию обратилась первобеременная А., 25 лет, в сроке гестации 5-6 недель с жалобами на отсутствие аппетита, тошноту, рвоту от 6 до 10 раз в сутки независимо от приема пищи, снижение массы тела на 1,5 кг за 1,5 недели. Общее состояние средней тяжести. Отмечается повышенная возбудимость. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Температура тела субфебрильная. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм. рт. ст. Суточный диурез 850 мл. Диагноз. Тактика.

47. Пациентка В., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели. Считает себя больной в течение 5 дней. При осмотре в зеркалах:



слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, выделения творожистого вида. Влагалищное исследование без особенностей. Диагноз. Тактика ведения

48. Повторнобеременная 25 лет поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод в сроке беременности 38 недель. В анамнезе одни срочные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу преэклампсии. Родовой деятельности нет. АД 150/90 мм рт.ст. Отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, над входом в малый таз находится тазовый конец. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс крестца не достижим. В общем анализе мочи белок – 1 г/л. Диагноз. Тактика ведения

49. Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, приступы тахикардии, нагрубание молочных желёз. Эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни её. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня, цикл 28 дней, умеренные, безболезненные. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. Половую жизнь ведёт с 18 лет, было 4 беременности, которые закончились искусственными абортами. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Патологии со стороны внутренних органов нет. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки конической формы, чистая, тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие. Диагноз. Тактика ведения

50. Беременность 39 недель. Отмечаются периодические, не регулярные сокращения матки. Во время осмотра при влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки по проводной оси таза, длиной 2,0 см, открытие канала 2,0 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов ближе к прямому размеру. малый родничок определяется спереди. Диагноз? Тактика ведения?

51. Пациентка 26 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки и под ключицу, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 x 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища. Диагноз? Тактика ведения?

52. Беременная И, 27 лет в сроке 30 недель обратилась к врачу женской консультации и была направлена в стационар с жалобами на общую слабость, жажду, кожный зуд, обильное мочеиспускание, употребление жидкости до 3-5 л / с. Беременность желанная, в анамнезе антенатальная гибель плода в сроке 28-29 недель. Клинические показатели крови и мочи в пределах нормы. Уровень глюкозы в крови 10,2 ммоль / л, в моче – 5 ммоль / л. Реакция мочи на кетоновые тела отрицательная. Диагноз. Тактика ведения.

53. Больная 39 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на скудные периодические кровянистые выделения в течение месяца. Менструальный цикл не нарушен. В анамнезе 5 беременностей: 2 родов, 3 медицинских аборта. Общее состояние не нарушено. В зеркалах: шейка цилиндрическая. В просвете наружного зева образование ярко красного цвета, в диаметре до 2см, кровоточит при дотрагивании. При влажалищном исследовании патологии не выявлено. Предполагаемый диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика врача.

54. Повторнородящая поступила в родильный дом по поводу доношенной беременности и начавшейся родовой деятельности, продолжающейся в течение 6-ти часов. При обследовании схватки сильные, болезненные через 3-4' по 50-60". Роженица ведет себя беспокойно, жалуется на боли. Сердцебиение плода ритмичное 110 ударов в минуту. P.V. Шейка матки укорочена до 1.5 см, открытие канала 4 см. Во время схватки шейка матки уплотняется. Плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок под лоном. Диагноз? Тактика врача?

55. Родильница К., 28 лет, первобеременная, доставлена в клинику два дня назад. Роды осложнились длительным безводным периодом (20 часов), лобным предлежанием плода, симптомами угрожающего разрыва матки. Экстренно произведено корпоральное кесарево сечение. Послеродовый период в течение 2-х суток протекал нормально. К концу вторых суток состояние стало прогрессивно ухудшаться, появилась рвота, сильная боль во всех отделах живота, задержка газов, стула не было. Объективно: кожа бледная, с сероватым оттенком, язык сухой, с сероватым налетом. Температура тела 38,5, пульс 120 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот вздут, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии - эксудат в нижнебоковых отделах живота. Данные дополнительных методов исследования: лейкоцитоз 17,5, СОЭ 55 мм/час, сдвиг формулы влево. Диагноз. Тактика ведения

56. У женщины 29 лет в сроке беременности 30—31 нед. и наличии преэклампсии в течение 3 недель с периодическим повышением АД до 170/100 мм. рт. ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие, при доплерометрии: увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях «критическое» состояние плодово-плацентарного кровотока. При

влагалищном исследовании — «незрелая» шейка матки. Диагноз? Какова должна быть тактика ведения?

57. Больная 78 лет обратилась к гинекологу поликлиники с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: постменопауза 27 лет, в течение которых пациентка у гинеколога не наблюдалась. Гинекологические заболевания отрицает. При двуручном исследовании патологии не выявлено. При трансвагинальном сканировании установлено: тело матки 56 x 35 x 24 мм, с четкими контурами. М-эхо 16 мм, неоднородного строения, граница между эндометрием и миометрием по передней стенке нечеткая, с фестончатыми краями. Предполагаемый диагноз? Тактика ведения больной?

58. Повторнородящая 37 лет. Роды срочные 2. Схватки начались 10 часов тому назад, интенсивные. Головка прижата ко входу в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 160 уд/мин. Признак Вастена (+). Нижний сегмент болезненный. Контрационное кольцо на уровне пупка. При влагалищном исследовании открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит лоб, корень носа, надбровные дуги, глазницы. Головка прижата ко входу в м/таз. Роженица тужится. Диагноз. Тактика ведения

59. Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после операции. При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 уд/мин., температура 38,2°C. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала — обильные гнойные выделения. При пальпации — шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие. Диагноз? План ведения?

60. Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после приступа эклампсии, который произошел дома. Беременность 37—38 нед., состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм. рт. ст., пульс 98 уд/мин. Диагноз? Какой комплекс лечебных мероприятий следует провести при поступлении? Тактика ведения беременной?

### КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность	логичность и последовательнос

		<b>явлений, процессов, делать выводы</b>	<b>ть ответа</b>
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в	удовлетворительно умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	содержании ответа	несколько ошибок в содержании ответа	
неудовлетво рительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированны е ответы	отсутствие логичности и последовательност и ответа

### КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

## ЛИТЕРАТУРА

### 6.1. Основная литература.

1. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии под ред. С.-Москва. А. Омарова - Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»- текст: электронный.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2018 – 1088с . Доступ из ЭБС «Консультант врача»- текст: электронный.
3. Гинекология: Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. - Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 .- 704с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача»- текст: электронный.

### 6.2. Дополнительная литература.

1. Лихачев В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: руководство для студентов и врачей.- Москва.:МИА, 2014.-493с. 1 экз.
2. Сластухина О. Н. Акушерство : учебное пособие для студентов мед. вузов, ординаторов, врачей / О.Н. Сластухина. – Москва.: РИОР: ИНФРА-М, 2016. - 271 с. 1экз.
3. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность: для врачей, аспирантов, ординаторов и студентов мед. вузов / под ред. В.Е. Радзинского. - 2-е изд. перераб. и доп. – Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 170 с. 1 экз.

#### **Основная :**

1. Савельева Г.М. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2. Савельева Г.М. Гинекология : национальное руководство / гл. ред.: Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1006 с.
3. Доступ из ЭБС «Консультант врача»
4. Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Анохова Л.И., Белозерцева Е.П., Фролова Н.И. Практические навыки в акушерстве и гинекологии: Учебное пособие с грифом УМО / под общей редакцией проф. Белокриницкой Т.Е. – Чита, 2014. – 229 с.: ил.

5. Акушерство : учебник / Мин-во образования и науки РФ ; ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2016. - 1040 с. : цв.ил.

**Дополнительная :**

1. Серов В.Н., Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - 4 е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»

2. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»

3. Серов В.Н., Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / В.Н. Серов, И.И. Баранов, О.Г. Пекарев, А.В. Пырегов, В.Л. Тютюнник, Р.Г. Шмаков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»

4. 1.Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки : в помощь практикующему врачу / С. И. Роговская. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 192 с. : цв.ил., табл.

2. Нарушение системы гемостаза в акушерской практике : руководство для врачей / И. В. Медяникова [и др.]. - М. : Литтерра, 2014. - 128 с. : ил., табл.

3. Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать - плацента - плод при осложненной беременности : монография для врачей, студентов медвузов / под ред. Г. А. Ушаковой. - Кемерово : Кузбассвузиздат, 2015. - 283 с. : граф.

4. Лихачев В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом : руководство для врачей / В. Е. Лихачев. - М. : МИА, 2014. - 496 с. : ил.

5. Федеральные и региональные клинические рекомендации (протоколы лечения). Акушерство и гинекология. Сборник / составители и ответственные за издание профессор Т.Е. Белокриницкая, к.м.н. Н.И. Фролова. – Чита, 2018. – 227 с.

6. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы: маршрутизация пациенток и стратификация риска у матери и плода: Учебное пособие. Коллектив авторов: Белокриницкая Т.Е., Алексенко Е.Ю., Пархоменко Ю.В., Фролова Н.И., Гатиятов Ю.Ф. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2018.- 78 стр. <http://chitgma.ru/medlibrary/vebs>

7. Артымук Н.В. Клинические нормы. Акушерство и гинекология : справочное издание / Н. В. Артымук. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2018. - 352 с.

**8. 6.4. Интернет-ресурсы**

**9.**

	<b>ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ</b>	<b>Доступ к ресурсу</b>
--	-------------------------------------------------	-----------------------------



<p><b>Электронная библиотека РостГМУ.</b> – URL: <a href="http://109.195.230.156:9080/opacg/">http://109.195.230.156:9080/opacg/</a></p>	<p>Доступ неограничен</p>
<p><b>Консультант студента</b> [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО»; «Медицина. Здравоохранение. СПО»; «Психологические науки»] : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Политехресурс». - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru">https://www.studentlibrary.ru</a> + возможности для инклюзивного образования</p>	<p>Доступ неограничен</p>
<p><b>Консультант врача. Электронная медицинская библиотека</b> : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: <a href="http://www.rosmedlib.ru">http://www.rosmedlib.ru</a> + возможности для инклюзивного образования</p>	<p>Доступ неограничен</p>
<p><b>Научная электронная библиотека eLIBRARY.</b> - URL: <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a></p>	<p>Открытый доступ</p>
<p><b>Национальная электронная библиотека.</b> - URL: <a href="http://нэб.рф/">http://нэб.рф/</a></p>	<p>Доступ с компьютеров библиотеки</p>
<p><b>БД издательства Springer Nature.</b> - URL: <a href="https://link.springer.com/">https://link.springer.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ <a href="https://kias.rfbr.ru/reg/index.php">https://kias.rfbr.ru/reg/index.php</a> (Нацпроект)</p>	<p>Доступ неограничен</p>
<p><b>Wiley Online Library / John Wiley &amp; Sons.</b> - URL: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com">http://onlinelibrary.wiley.com</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)</p>	<p>Доступ ограничен</p>
<p><b>Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile</b> : архив. – URL : <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/">https://onlinelibrary.wiley.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)</p>	<p>Бессрочная подписка</p>
<p><b>Sage Publication</b> : [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: <a href="https://sk.sagepub.com/books/discipline">https://sk.sagepub.com/books/discipline</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)</p>	<p>Бессрочная подписка</p>
<p><b>Ovid Technologies</b> : [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: <a href="https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi">https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)</p>	<p>Бессрочная подписка</p>
<p><b>Questel база данных Orbit Premium edition</b> : база данных патентного поиска <a href="http://www.orbit.com/">http://www.orbit.com/</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)</p>	<p>Доступ ограничен</p>
<p><b>Wiley</b> : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley &amp; Sons. – URL: <a href="https://authorservices.wiley.com/open-">https://authorservices.wiley.com/open-</a></p>	<p>Контент открытого</p>

	<a href="http://research/open-access/browse-journals.html">research/open-access/browse-journals.html</a>	доступа
	<b>Российское образование. Единое окно доступа</b> : федеральный портал. - URL: <a href="http://www.edu.ru/">http://www.edu.ru/</a> . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
	<b>Федеральный центр электронных образовательных ресурсов.</b> - URL: <a href="http://srtv.fcior.edu.ru/">http://srtv.fcior.edu.ru/</a>	Открытый доступ
	<b>Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ).</b> - URL: <a href="http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library">http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library</a>	Открытый доступ
	<b>Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.</b> - URL: <a href="https://femb.ru/femb/">https://femb.ru/femb/</a>	Открытый доступ
	<b>Cochrane Library</b> : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: <a href="https://cochranelibrary.com/about/open-access">https://cochranelibrary.com/about/open-access</a>	Контент открытого доступа
	<b>Кокрейн Россия</b> : российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: <a href="https://russia.cochrane.org/">https://russia.cochrane.org/</a>	Контент открытого доступа
	<b>Вебмединфо.ру</b> : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: <a href="https://webmedinfo.ru/">https://webmedinfo.ru/</a>	Открытый доступ
	<b>Univadis from Medscape</b> : международ. мед. портал. - URL: <a href="https://www.univadis.com/">https://www.univadis.com/</a> [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
	<b>Med-Edu.ru</b> : медицинский образовательный видеопортал. - URL: <a href="http://www.med-edu.ru/">http://www.med-edu.ru/</a> . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
	<b>Мир врача</b> : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: <a href="https://mirvracha.ru">https://mirvracha.ru</a> .	Бесплатная регистрация
	<b>DoctorSPB.ru</b> : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: <a href="http://doctorspb.ru/">http://doctorspb.ru/</a>	Открытый доступ
	<b>МЕДВЕСТНИК</b> : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: <a href="https://medvestnik.ru">https://medvestnik.ru</a>	Открытый доступ
	<b>PubMed</b> : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/</a>	Открытый доступ
	<i>Cyberleninka Open Science Hub</i> : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: <a href="https://cyberleninka.org/">https://cyberleninka.org/</a>	Контент открытого доступа
	<b>Президентская библиотека</b> : сайт. - URL: <a href="https://www.prlib.ru/collections">https://www.prlib.ru/collections</a>	Открытый доступ
	<b>SAGE Openaccess</b> : ресурсы открытого доступа / Sage Pub-	Контент откры-

	lications. – URL: <a href="https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage">https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage</a>	того доступа
	<b>EBSCO &amp; Open Access</b> : ресурсы открытого доступа. – URL: <a href="https://www.ebsco.com/open-access">https://www.ebsco.com/open-access</a>	Контент открытого доступа
	<b>Lvrach.ru</b> : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: <a href="https://www.lvrach.ru/">https://www.lvrach.ru/</a>	Открытый доступ
	<b>ScienceDirect</b> : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: <a href="https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals">https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals</a>	Контент открытого доступа
	<b>Taylor &amp; Francis. Dove Medical Press. Open access journals</b> : журналы открытого доступа. – URL: <a href="https://www.tandfonline.com/openaccess/dove">https://www.tandfonline.com/openaccess/dove</a>	Контент открытого доступа
	<b>Taylor &amp; Francis. Open access books</b> : книги открытого доступа. – URL: <a href="https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books">https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books</a>	Контент открытого доступа
	<b>Thieme. Open access journals</b> : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: <a href="https://open.thieme.com/home">https://open.thieme.com/home</a>	Контент открытого доступа
	<b>Karger Open Access</b> : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: <a href="https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index">https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index</a>	Контент открытого доступа
	<b>Архив научных журналов</b> / НИ НЭИКОН. - URL: <a href="https://arch.neicon.ru/xmlui/">https://arch.neicon.ru/xmlui/</a>	Открытый доступ
	<b>Русский врач</b> : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: <a href="https://rusvrach.ru/">https://rusvrach.ru/</a>	Открытый доступ
	<b>Free Medical Journals.</b> - URL: <a href="http://freemedicaljournals.com">http://freemedicaljournals.com</a>	Открытый доступ
	<b>Free Medical Books.</b> - URL: <a href="http://www.freebooks4doctors.com">http://www.freebooks4doctors.com</a>	Открытый доступ
	<b>International Scientific Publications.</b> – URL: <a href="http://www.scientific-publications.net/ru/">http://www.scientific-publications.net/ru/</a>	Открытый доступ
	<b>Эко-Вектор</b> : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: <a href="http://journals.eco-vector.com/">http://journals.eco-vector.com/</a>	Открытый доступ
	<b>Медлайн.Ру</b> : научный биомедицинский журнал : сетевое электронное издание. - URL: <a href="http://www.medline.ru">http://www.medline.ru</a>	Открытый доступ
	<b>Медицинский Вестник Юга России</b> : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: <a href="http://www.medicalherald.ru/jour">http://www.medicalherald.ru/jour</a>	Открытый доступ
	<b>Рубрикатор</b> клинических рекомендаций Минздрава	Открытый

	России. - URL: <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/">https://cr.minzdrav.gov.ru/</a>	доступ
	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: <a href="https://www.crc.ru">https://www.crc.ru</a>	Открытый доступ
	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: <a href="https://minzdrav.gov.ru">https://minzdrav.gov.ru</a>	Открытый доступ
	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: <a href="https://roszdravnadzor.gov.ru/">https://roszdravnadzor.gov.ru/</a>	Открытый доступ
	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: <a href="http://who.int/ru/">http://who.int/ru/</a>	Открытый доступ
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: <a href="http://rostgmu.ru">http://rostgmu.ru</a> → Библиотека → Электронный каталог → Открытые ресурсы интернет → далее по ключевому слову...	

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и

обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

*Образец эталона ответа на государственном экзамене:*

### **1. Нарушения сократительной активности матки. Этиология, клиника, диагностика**

Нарушения сократительной активности матки - изменения частоты, продолжительности, ритма и силы схваток и потуг, что не обеспечивает динамичного, в границах физиологических параметров времени, продвижения плода и его изгнания без нарушения биомеханизма родов.

Основные причины:

- 1) чрезмерное нервно-психическое напряжение (волнения, отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции);
- 2) инфекции, эндокринные и обменные нарушения в организме беременной;
- 3) патологическое изменение миометрия: эндомиометрит, несостоятельность рубца на матке, пороки развития матки;
- 4) перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода;
- 5) генетическая (врожденная) патология миоцитов, при которой отсутствует или резко снижена возбудимость клеток миометрия;
- 6) механические препятствия для раскрытия шейки матки и продвижения плода (анатомически и клинически узкий таз, неправильные положения плода, опухоли, травмы, пороки развития и другие патологические изменения шейки матки и малого таза);
- 8) ятрогенные факторы: необоснованное или чрезмерное применение родостимулирующих, токолитических, спазмолитических и анальгезирующих средств.

Патогенез аномалий родовой деятельности - нарушения со стороны функционирования нервной системы, нарушение равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Основная причина развития аномалий родовой деятельности является отсутствие сформированной родовой доминанты. Определенное значение отводится степени маточного кровотока, рецепторному аппарату матки, иммунным нарушениям и т.д.

Классификация аномалий родовой деятельности:

1. Патологический прелиминарный период
2. Слабость родовой деятельности (гипоактивность матки): первичная, вторичная, слабость потуг (первичная и вторичная)
3. Чрезмерная родовая деятельность (гиперактивность матки)

#### 4. Дискоординация родовой деятельности

- дискоординация
- гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент)
- циркуляторная дистония (контракционное кольцо)
- судорожные схватки (тетания матки)

**Диагноз аномалий родовой деятельности** устанавливается после динамического наблюдения за роженицей в течение 8 часов в латентной фазе и 4 часов в активной фазе в сравнении с графиком нормальной партограммы раскрытия шейки матки и продвижения предлежащей части по родовым путям.

Клиника. Диагностика.

Патологический прелиминарный период - болезненность и беспорядочность подготовительных сокращений матки и отсутствие структурных изменений шейки перед родами (незрелая шейка матки к сроку родов).

Клиника - нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности схваткообразные боли внизу живота и пояснице, продолжительностью более 6-10 часов, нарушающие режим сна и бодрствования, повышенная усталость.

Слабость родовой деятельности - недостаточные сила, длительность и периодичность схваток, замедленное сглаживание и раскрытие шейки матки, продвижение плода по родовому каналу.

Первичная слабость родовой деятельности —схватки с самого начала родов слабые и неэффективные, может продолжаться в течение первого и второго периодов.

Вторичная слабость родовых сил – наблюдается на фоне нормального тонуса матки. Схватки носят регулярный характер достаточной силы, а затем постепенно ослабевают, становятся все реже и короче. Раскрытие зева, достигнув 4–6 см, далее не происходит; продвижение плода по родовому каналу прекращается. Этиологические факторы вторичной слабости родовой деятельности те же, что и первичной, но к ним присоединяется утомление в результате длительных и болезненных схваток, несоответствие между размерами плода и тазом матери.

Гипертоническая дисфункция матки (чрезмерно сильная родовая деятельность). Стремительные роды - частые, очень сильные схватки и потуги, процесс сглаживания шейки матки происходит очень быстро. Сразу после излития вод начинаются бурные, стремительные потуги, изгнание плода и последа может произойти за 1–2 потуги. Длительность стремительных родов у первородящих составляет менее 4 часов, у повторородящих – менее 2 часов.

Дискоординация родовой деятельности - смещение зоны генерации и распространения импульсов действия (водитель ритма) из трубного угла на середину тела или на нижний сегмент матки (смещение водителя ритма по вертикали). Миометрий теряет основное свойство — синхронность сокращения и расслабление отдельных участков матки. Развивается неадекватно высокий базальный тонус миометрия, сопряженный с

повышенной частотой и ослаблением эффективности схваток. При кажущихся сильных сокращениях матки и резко болезненных схватках раскрытия шейки матки не происходит, и, как итог, возникает тетанус матки и прекращение родовой деятельности.

2. **Задача:**

Пациентка 31 года обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет. В анамнезе у пациентки 1 роды, 4 аборта. 6 лет назад больная лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого двустороннего сальпингоофорита с образованием тубовариальных воспалительных опухолей с обеих сторон, пельвиоперитонита. По данным базальной термометрии – двухфазный менструальный цикл. Исследование гормонального профиля пациентки – без патологии. Показатели спермограммы мужа в пределах нормативных значений.

Диагноз? Тактика ведения?

**Ответ**

Диагноз: вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор.

Тактика ведения: лечебно-диагностическая лапароскопия.