

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

Оценочные материалы по дисциплине

«Гинекология»

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

**1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично):**  
ОПК-4, ПК-3.

Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
<i>общепрофессиональные (ОПК):</i>	
<p><b>ОПК-4</b> Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза.</p>	<p>ИД 1 Умеет применять медицинские изделия при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.</p> <p>ИД 2 Умеет применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза.</p>
<i>профессиональные (ПК)</i>	
<p><b>ПК-3</b> Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p><b>Трудовые действия.</b></p> <p>ИД 1 Разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИД 2 Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 3 Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 4 Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.</p> <p>ИД 5 Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.</p> <p>ИД 6 Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.</p> <p><b>Необходимые умения.</b></p> <p>ИД 7 Составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИД 8 Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 9 Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p>

	<p>ИД 10 Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.</p> <p><b>Необходимые знания.</b></p> <p>ИД 11 Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением.</p> <p>ИД 12 Современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента.</p> <p>Механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением.</p> <p>ИД 13 Порядок оказания паллиативной медицинской помощи.</p>
--	--

## 2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на <u>1 компетенцию</u>
<b>ОПК-4</b>	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования, задания на дополнения	75 с эталонами ответов
<b>ПК-3</b>	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования задания на дополнения	75 с эталонами ответов

### **ОПК-4:**

#### **Задания закрытого типа**

##### **1). Достоверными признаками беременности являются:**

1. прекращение менструаций,
2. сердечные тоны плода,
3. двигательная активность плода,
4. обнаружение плода,
5. размягчение матки.

**Эталон ответа: 2, 3, 4**

##### **2). Верхний угол ромба Михаэлиса соответствует:**

1. первому крестцовому позвонку,

2. верхушке крестца,
3. остистому отростку 5 поясничного позвонка,
4. осям подвздошных костей.

**Эталон ответа: 3**

**3). Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности предполагает:**

1. определение положения, позиции, размеров плода,
2. анатомическую оценку таза,
3. определение срока беременности,
4. функциональную оценку таза,
5. определение готовности родовых путей.

**Эталон ответа: 1, 2, 3**

**4). При влагалищном исследовании в I триместре беременности определяют:**

1. величину матки,
2. состояние нижнего сегмента матки,
3. состояние плодного пузыря,
4. консистенцию матки,
5. форму матки.

**Эталон ответа: 1, 4, 5**

**5). Для тазового предлежания плода при наружном акушерском исследовании нехарактерно:**

1. высокое расположение дна матки,
2. ballotирующая часть в дне матки,
3. выслушиваемое выше пупка сердцебиение плода,
4. плотная предлежащая часть, прижатая ко входу в таз.

**Эталон ответа: 4**

**6). Объективные критерии эффективности родовой деятельности не включают:**

1. характер схваток,
2. динамику раскрытия маточного зева,
3. время излития околоплодных вод,
4. продвижение плода по родовому каналу.

**Эталон ответа: 3**

**7). Установите последовательность диагностических мероприятий при предраковом состоянии шейки матки (по протоколу):**

1. биопсия,
2. онкомаркеры,
3. исследование на ВПЧ,
4. К<sup>о</sup> и АК (цитограмма),
5. бактериологическое исследование.

**Эталон ответа: 4, 5, 3, 2, 1.**

**8). Основное значение в нормальной инволюции послеродовой матки имеет:**

1. естественное вскармливание новорожденного
2. нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
3. гигиена родильницы
4. бинтование нижних конечностей
5. правильное питание

**Эталон ответа: 1, 2, 3**

**9). К анатомо-динамическим факторам, обуславливающим биомеханизм родов относится:**

1. сократительная активность матки
2. мускулатура и связочный аппарат таза

3. форма и размеры таза
4. сыровидная смазка плода
5. форма головки плода

**Эталон ответа: 1, 2**

**10). Основные условия для проведения пальпации живота беременной женщины:**

1. проводят в положении женщины лёжа на спине
2. мочевой пузырь должен быть освобождён
3. прямая кишка должна быть освобождена
4. врач находится справа от беременной
5. проводят в положении женщины стоя
6. врач находится слева

**Эталон ответа: 1, 2, 3, 4**

**11). При влагалищном исследовании во 2 триместре определяют:**

1. величину матки
2. консистенцию шейки матки
3. форму матки
4. зрелость шейки матки
5. предлежащую часть

**Эталон ответа: 2, 4, 5**

**12). О начале второго периода родов свидетельствует:**

1. полное раскрытие шейки матки
2. излитие околоплодных вод
3. появление у роженицы желания тужиться
4. ослабление родовой деятельности

**Эталон ответа: 1**

**13). Влагалищное исследование в родах проводят по следующим показаниям:**

1. при поступлении роженицы в акушерский стационар
2. при излитии околоплодных вод
3. кровотечение в родах
4. изменение в состоянии плода
5. желание женщины
6. для определения срока родов

**Эталон ответа: 1, 2, 3, 4**

**14). Признаками начавшихся родов служат:**

1. регулярные схватки
2. динамическое открытие шейки матки
3. болевые ощущения внизу живота
4. нарушение режима сна и бодрствования

**Эталон ответа: 1, 2**

**15). Выслушивание сердцебиения плода в периоде раскрытия (при отсутствии мониторинга) при целом плодном пузыре проводится:**

1. каждые 15-20 мин
2. каждые 2-3 мин
3. каждые 5-7 мин
4. каждые 10-12 мин

**Эталон ответа: 1**

**16). При наружном акушерском исследовании о поперечном положении плода свидетельствует:**

1. окружность живота более 100 см
2. высота дна матки свыше 39 см

3. уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
  4. матка имеет шарообразную форму
  5. живот имеет поперечно-растянутую форму
  6. головка прощупывается слева или справа от средней линии живота
- Эталон ответа: 4, 5, 6**

**17). Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются:**

1. несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности
2. указания беременной на частые шевеления плода
3. выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода

**Эталон ответа: 1, 3**

**18). Основными компонентами «созревания» шейки матки являются:**

1. гидратация
2. разрыхление
3. размягчение
4. уплотнение
5. увеличение ригидности

**Эталон ответа: 1, 2, 3**

**19). Клиническая картина при полном предлежании плаценты не включает:**

1. повторяющиеся кровотечения
2. наличие болевого синдрома
3. отсутствие гипертонуса матки
4. хроническую или острую анемию у беременной

**Эталон ответа: 2**

**20). При разрыве промежности II степени остаются неповрежденными:**

1. кожа
2. мышцы промежности
3. фасция
4. слизистая оболочка прямой кишки

**Эталон ответа: 4**

**21). Установите последовательность действий при измерении таза:**

1. измерение наружной конъюгаты
2. измерение дистанции кристарум
3. измерение диагональной конъюгаты
4. измерение дистанции спинарум
5. измерение дистанции трохантерика

**Эталон ответа: 4, 2, 5, 1, 3**

**22). Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:**

1. двуфазность менструального цикла
2. уровень эстрогенной насыщенности организма
3. наличие овуляции
4. полноценность лютеиновой фазы цикла
5. все перечисленное

**Эталон ответа: 5**

**23). В диагностике послеродового мастита имеют значение:**

1. характерные жалобы больной
2. данные осмотра и пальпации больной
3. наличие предрасполагающих факторов к его развитию

4. все перечисленное
- 5.ничего из перечисленного

**Эталон ответа: 4**

**24). Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия проводят с:**

1. субмукозным узлом миомы
2. аденомиозом
3. гормонально-активной опухолью яичника
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

**Эталон ответа: 5**

**25). Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки является:**

1. визуальный осмотр
2. кольпоскопия
3. радионуклеидный метод
4. цитологическое исследование мазков

**Эталон ответа: 2, 4**

**26). Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:**

1. хорионического гонадотропина
2. трофобластического б-глобулина
3. хорионического соматотропина
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

**Эталон ответа: 1**

## **Задания открытого типа.**

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача 1.**

Больная О., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли в низу живота. Менструальный цикл регулярный, последняя менструация за 3 месяца до поступления в клинику. Инструментальный аборт 8 дней назад. Общее состояние удовлетворительное, пульс 92 уд./мин, АД 120/70мм рт. ст. Температура тела 38,2°C.

Осмотр гинекологический: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище и из цервикального канала – гнойные выделения, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

**ПОСТАВЬТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ.**

**Эталон ответа:**

Острый метроэндометрит после медицинского аборта. Остатки плодного яйца после мед.аборта?

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору, посев выделений из «С» на флору и чувствительность к антибиотикам.

#### **Задача 2.**

Больная З., 36 лет, машиной «скорой помощи» доставлена в гинекологический стационар. Жалобы при поступлении на резкие боли в низу живота, озноб, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Последняя менструация была за 12 дней до поступления в стационар.

В анамнезе: С/А-1, осложнился повторным выскабливанием и воспалением придатков. Общее состояние удовлетворительное, пульс 88 уд./мин, АД 110/70 мм рт.ст., температура тела 37,6°C. Язык влажный, слегка обложен белым налётом, живот не вздут, при пальпации в нижних отделах – нерезко выраженное напряжение передней брюшной стенки, больше слева.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, смещение её резко болезненное, тело матки нормальных размеров, несколько сдвинуто вправо, ограничено в подвижности, чувствительное при пальпации. Правые придатки не определяются, слева и несколько смещены от матки пальпируется образование, ограниченной подвижности, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размерами 4х9 см, влагалищный свод слева укорочен.

Анализ крови: определяется лейкоцитоз, повышенная СОЭ, палочкоядерные нейтрофилы.  
**ПОСТАВЬТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ.**

**Эталон ответа:**

Воспалительная опухоль левых придатков матки. Пельвиоперитонит?

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Uг» на флору, посев выделений из «С» на флору и чувствительность к антибиотикам. Пункция заднего свода влагалища под в/в наркозом.

### **Задача 3.**

Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенные выделения из половых путей с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов. Половую жизнь ведёт с 16 лет, две недели назад имела случайное половое сношение.

Гинекологический осмотр: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части. В заднем влагалищном своде имеется скопление жёлтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенного вида; матка плотная, подвижная и безболезненная, нормальной величины. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды влагалища глубокие.

**ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ И ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ .**

**Эталон ответа:**

Трихомонадный кольпит.

Мазок из «V», «С», «Uг» на флору.

### **Задача 4**

Больная И., 56 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечение из половых путей. Менопауза 2 года. Пятнадцать дней назад у больной началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, тело матки нормальных размеров, безболезненное при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, выделения кровянистые, обильные.

**ДИАГНОЗ? ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.**

**Эталон ответа:**

Кровотечение в менопаузе.



Дифференциальная диагностика проводится с доброкачественными и злокачественными опухолями матки.

### **Задача 5**

Больная Н., 15 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, половую жизнь не ведёт. Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Анализ крови: гемоглобин 65г/л, эритроцитов – 2,7.

Ректальное исследование: при осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, соотношение между шейкой и телом матки 1:1, придатки с обеих сторон не определяются.

**ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?**

**Эталон ответа:**

ДМК ювенильного периода. Генитальный инфантилизм. Анемия III–IV степени.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «Uг» на флору.

### **Задача 6**

Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез. Эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни её. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. 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.

**ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ, НАЗНАЧЬТЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.**

**Эталон ответа:**

Предменструальный синдром.

Определение концентрации пролактина, E2, прогестерона, ФСГ, ЛГ, альдостерона; краниограмма или МРТ черепа, ЭЭГ, РЭГ сосудов головного мозга, состояние глазного дна и периферических полей зрения. Консультация терапевта, невропатолога и психиатра.

### **Задача 7**

Больная Д., 46 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, частое мочеиспускание. Последние 2 года менструации по 7-10 дней, обильные. Последние 12 лет к гинекологу не обращалась.

Влагалищное обследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами, имеется выворот цервикального канала. Матка увеличена до 14 недель беременности, бугристая, неоднородной консистенции, из передней стенки матки исходит узел до 8,0 см в диаметре. Придатки отдельно от матки не определяются. Своды свободные, выделения слизистые.

## ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

### Эталон ответа:

Множественная миома матки, осложнённая болевым синдромом и нарушением функции смежных органов. Рубцовая деформация шейки матки. Эктропион шейки матки.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору; флюорограмма органов грудной клетки, ЭКГ; консультация терапевта, кровь на RW, ВИЧ, гепатиты, группа крови и резус-фактор, кровь на онкомаркёры.

### Задача 8

Больная С., 32 лет поступила в отделение гинекологии с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве. Последние нормальные месячные были 2 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 20 лет, имела 9 беременностей, из них Р-2, М/А-7, без осложнений. Перенесённые гинекологические заболевания отрицает. Объективное состояние больной удовлетворительное, пульс 78 в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт, имеется цианоз шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено в размерах до 8-9 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения тёмные, кровяные, умеренные.

## ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

### Эталон ответа

Угрожающий самоаборт 8-9 недель беременности.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору.

### Задача 9

Больная И., 38 лет обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия месячных в течение 8 недель. Менструальный цикл нормальный, месячные установились сразу. Имела 6 беременностей, из них Р-1, М/А – 5.

Влагалищное исследование: Шейка матки чистая, рубцово деформирована, цианотична. Матка при пальпации округлой формы, напряжена, болезненна во всех отделах, увеличена до 15-16 недель беременности, с обеих сторон пальпируются увеличенные, безболезненные яичники, выделения слизистые. Установлено, что ХГЧ=330 000 мкм/мл.

## ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

### Эталон ответа:

Пузырный занос.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору, рентгенограмма лёгких для исключения метастазов хорионкарциномы.

### Задача 10

Больная Б., 57 лет поступила в гинекологическую клинику с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей. Менопауза 4 года. Было 4 беременности, из них Р - 2, М/А - 2. В последние 3 месяца беспокоят умеренные кровянистые выделения из половых путей.

## ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Гистоанализ: множественные полипы эндометрия, без признаков атипии. Соскоб из цервикального канала скудный, в нём выявляются сгустки крови, обрывки слизистой.

## ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

### Эталон ответа:

Кровомазание в менопаузе.

Полипоз матки.

### Задача 11.

Больная Д., 31 года поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота схваткообразного характера, задержку месячных на 2-3 недели, умеренные кровянистые выделения из половых путей.

Влагалищное исследование: шейка матки цианотична, деформирована старыми разрывами, из цервикального канала умеренные тёмные выделения. При пальпации смещения за шейку матки болезненные. Тело матки чуть больше нормы, мягковато, слегка болезненно при исследовании. Придатки с обеих сторон в спайках, слева в области придатков пальпируется опухолевидное образование, ограниченной подвижности, туго-эластической консистенции, размерами 4-4-5 см. Выделения кровянистые, умеренные.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

#### Эталон ответа:

Дифференциальную диагностику следует проводить между начавшимся самоабортом малого срока на фоне левостороннего хронического аднексита с гидросальпинксом и левосторонней внематочной беременностью.

В пользу левосторонней внематочной беременности свидетельствуют следующие признаки: величина матки не соответствует сроку задержки месячных, слева определяется туго-эластической консистенции образование, размерами 4x4x5 см, болезненные девиации за шейку матки.

### Задача 12

Больная А., 56 лет, поступила в больницу с жалобами на ноющую боль в левой подвздошной области, которая иррадиирует в поясницу, болезненное мочеиспускание. Боли возникли 8 часов назад, после физической нагрузки, принимала дома обезболивающие, без эффекта. Менопауза 6 лет.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, чистая, смещение за шейку безболезненное. Тело матки меньше нормы, безболезненное, подвижное. Придатки справа не определяются. Слева и кзади от матки в области придатков пальпируется опухолевидное образование размерами 10-12-12 см, мягковатой консистенции, с гладкой поверхностью, болезненное, между маткой и опухолью выявляется резко болезненная ножка новообразования. Инфильтраты в малом тазу не обнаружены. Своды влагалища свободные.

### ДИАГНОЗ?

#### Эталон ответа:

Перекрут ножки кистомы левого яичника.

### Задача 13.

Больная О., 25 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в низу живота, подъём температуры до 38°C, тошноту, жидкий стул.

Менструальная функция не нарушена, последние месячные закончились 3 дня назад.

Единственная беременность закончилась искусственным абортом 5 лет назад, отмечает в анамнезе воспаление придатков матки. Страдает вторичным бесплодием. Язык сухой, обложен белым налётом, живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, напряжён. Перистальтика кишечника вялая, газы отходят с трудом.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, из цервикального канала гнойное отделяемое. Матка болезненная при пальпации, неоднородной консистенции, в области придатков с обеих сторон пальпируются опухолевидные образования, плотной консистенции с участками размягчения, болезненные при исследовании. Пункция влагалища через задний свод: получено 10,0 мл зловонного гноя.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Воспалительные опухоли придатков матки. Пельвиоперитонит.

#### **Задача 14**

В гинекологическое отделение доставлена больная В., 58 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, боли в левой паховой области, болезненное мочеиспускание. В моче присутствует кровь. Болеет больше года, к врачам не обращалась. Менопауза 5 лет. Больная истощена, кожа и видимые слизистые бледные.

Влагалищное исследование: влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки имеется кратер с некротическими массами. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев». Стенки влагалища на протяжении 2/3 инфильтрированы, в малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, болезненный.

**ДИАГНОЗ? НАЗНАЧЬТЕ УТОЧНЯЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.**

**Эталон ответа:**

Рак шейки матки, эндофитная форма.

Для верификации диагноза необходимо провести биопсию шейки матки с последующим гистологическим исследованием.

#### **Задача 15.**

Больная О., 23 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство жжения, зуд во влагалище. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища гиперемирована, выделения из влагалища «творожистого» характера, обильные.

**ДИАГНОЗ? ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Вульвовагинальный кандидоз.

Для постановки диагноза необходимо сочетание трёх из названных симптомов: зуд, творожистые выделения, местные признаки воспаления, присутствие в мазках спор или мицелия.

Обследование: микроскопия мазков вагинального отделяемого (нативные и окрашенные по Грамму препараты); культуральный метод (определяет количество, родовую и видовую принадлежность, чувствительность к противогрибковым препаратам, а также характер и степень колонизации другими микроорганизмами).

#### **Задача 16.**

Больная Н., 22 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку месячных на 2 недели, нагрубание молочных желёз, тошноту по утрам. Влагалищное исследование: слизистая влагалища цианотична, матка чуть больше нормы, шаровидной формы, мягкой консистенции.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА. НЕОБХОДИМОЕ ДООБСЛЕДОВАНИЕ.**

**Эталон ответа:**

Беременность малого срока? НМЦ?

Предварительный диагноз выставлен на основании сомнительных признаков беременности: задержка месячных, нагрубание молочных желёз, тошнота по утрам; вероятных признаков беременности: цианоз слизистой влагалища, увеличение размера и консистенции матки.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, исследование крови на ХГЧ.

### **Задача 17.**

Больная В., 62 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд, сукровичные выделения из влагалища. Менопауза 12 лет. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища бледно-розового цвета, складки сглажены, на поверхности вульвы имеются следы расчёсов.

**ДИАГНОЗ? ЭТИОЛОГИЯ?**

**Эталон ответа:**

Атрофический (сенильный кольпит).

Атрофические процессы, развивающиеся вследствие возрастного дефицита эстрогенов, приводят к истончению слизистой влагалища, в результате чего в ней образуются трещины, которые легко инфицируются и изъязвляются. Кровянистые выделения при сенильных кольпитах всегда скудные.

### **Задача 18.**

Больная Д., 53 лет поступила в клинику гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 дня назад, внезапно. Из анамнеза: менопауза 3 года. Год назад была произведена гистероскопия, по поводу маточного кровотечения, удалён железисто-фиброзный полип. При осмотре: матка нормальных размеров, придатки не определяются, выделения кровянистые, обильные.

**ДИАГНОЗ?**

Кровотечение в менопаузе. Учитывая данные анамнеза, можно предположить наличие у пациентки рецидива полипа эндометрия.

### **Задача 19.**

Больная С., 24 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные выделения из влагалища с неприятным запахом, напоминающий запах тухлой рыбы. При осмотре влагалища в зеркалах слизистая нормального розового цвета, без признаков воспаления. Аминотест положительный, рН влагалищного отделяемого больше 4,5.

**ОБОСНОВАНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕННОГО ДИАГНОЗА.**

**Эталон ответа:**

На основании трёх клинических симптомов (неприятный запах, напоминающий тухлую рыбу, положительный аминотест, увеличение рН влагалищного содержимого) можно поставить диагноз бактериальный вагиноз. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение в мазках из влагалища ключевых клеток.

### **Задача 20.**

Больная М., 48 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после полового контакта. Последний раз на приёме у гинеколога была 8 лет назад. При осмотре в зеркалах: шейка матки гипертрофирована, на передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», 2,0-2,0 см, кровоточащая при дотрагивании инструментами. Тело матки обычных размеров, область придатков свободная.

## ДИАГНОЗ? ДООБСЛЕДОВАНИЕ?

### Эталон ответа:

Рак шейки матки?

Для подтверждения диагноза необходимо проведение расширенной кольпоскопии, со взятием биопсии. После верификации диагноза направить пациентку к онкогинекологу.

### Задача 21.

Больная К., 46 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на обильные менструации, слабость, головокружение. Отмечает, что последние 8 лет менструации стали более длительными, обильными, появились тянущие боли внизу живота.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, шейка матки резко деформирована, отклонена вправо. Матка размерами как при 24 недельной беременности, малоподвижная, умеренно болезненная, с бугристой поверхностью, придатки не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

## ДИАГНОЗ? ОБСЛЕДОВАНИЕ?

### Эталон ответа:

Миома матки больших размеров, осложнённая болевым синдромом и кровотечениями.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, полное обследование пациентки (ОАК, ОАМ, биохимия крови, ЭКГ, флюорограмма, консультация терапевта).

### Задача 22.

Больная Ш., 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тёмнокоричневые выделения из половых путей накануне менструации. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Р-2, М/А-5.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки имеет цилиндрическую форму, наружный зев закрыт. На шейке видны узелковые, мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, матка шаровидной формы, чуть больше нормы, безболезненная. Придатки не определяются, своды свободные.

## ДИАГНОЗ? УТОЧНЯЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ?

### Эталон ответа:

Генитальный эндометриоз.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, разделного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала, проведение биопсии мелко-кистозных образований на шейке матки.

### Задача 23.

Больная Ф., 42 лет доставлена бригадой скорой помощи в отделение гинекологии с жалобами на боли внизу живота. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Р-2, М/А-2. Последние месячные закончились три дня назад.

Влагалищное исследование: тело матки нормальных размеров, безболезненное, отклонено вправо, слева пальпируется округлое толстостенное образование, размерами 34,0 на 22,0 см с неровной поверхностью, болезненное при исследовании. Влагалищные своды уплощены, выделения слизистые.

## ДИАГНОЗ? ОБСЛЕДОВАНИЕ?

### Эталон ответа:

Опухоль левого яичника (муцинозная?).

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза. Стандарты обследования включают обязательное исследование ЖКТ у всех больных с новообразованием яичника для исключения метастазов рака желудка в яичник и вовлечения в процесс прямой и сигмовидной кишки. Больной показано проведение эзофагогастроскопии, колоноскопии (при невозможности провести колоноскопию допустима ирригоскопия).

#### **Задача 24.**

Больная Ц., 25 лет обратилась с жалобами на беспорядочные маточные кровотечения, интервал между которыми 1,5-2 месяца, периодически снижение гемоглобина, слабость, утомляемость. Менархе в 12 лет, с 13 лет ювенильные маточные кровотечения, по поводу которых лечилась у детского гинеколога. Половая жизнь с 17 лет, в беременности была не заинтересована, принимала новинет в контрацептивном режиме, приём которого решила прекратить в связи с замужеством. Через три дня после отмены препарата начались ациклические кровянистые выделения из половых путей.

УЗИ: матка 50x32x49 мм, эндометрий 7 мм, с нечёткими контурами, полость матки незначительно расширена. Яичники: правый – 35x26x32 мм, левый – 36x25x30мм, фолликулы 5–7мм в диаметре, доминантного фолликула нет.

**ДИАГНОЗ? ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.**

#### **Эталон ответа:**

АМК ? (дисфункциональное маточное кровотечение) репродуктивного возраста.

Дифференциальную диагностику проводят с целью исключения других причин маточных кровотечений в репродуктивном возрасте: связанных с беременностью (самопроизвольные аборты, эктопическая беременность, плацентарный полип, трофобластическая болезнь); вследствие инфекции (цервициты, эндометриты); доброкачественных заболеваний эндометрия и миометрия (полипы, субмукозная миома матки, внутренний эндометриоз); предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки; системных заболеваний (тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, анемия Фалькони, болезни щитовидной железы, печени). «Золотым стандартом» среди диагностических процедур считается проведение гистероскопии и раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала.

#### **Задача 25.**

Больная Я., 28 лет обратилась с жалобами на редкие менструации, через 2-4 месяца, первичное бесплодие в течение 10 лет, прогрессирующее ожирение и гирсутизм. Менархе с 12,5 лет, менструации всегда были нерегулярные, редкие и обильные. Гинекологические заболевания отрицает. Увеличение массы тела отмечает с 16 лет. Базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,8 МЕ/л на фоне аменореи. Проба с гестагенами положительная.

**ДИАГНОЗ?**

#### **Эталон ответа:**

Синдром поликистозных яичников.

#### **Задача 26.**

Роженица переведена в родзал в потужном периоде. Потуги регулярные, по 50 сек через 2 мин. После последней потуги сердцебиение плода приглушенное, аритмичное до 100 ударов в минуту. Положение плода продольное. Головка в полости малого таза. С целью выяснения акушерской ситуации проведено влагалищное исследование: открытие полное,

головка на третьей плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

2-й период родов, внутриутробная интранатальная гипоксия плода (тахикардия).

**Задача 27.**

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Последовый период, частичное интимное прикрепление плаценты.

**Задача 28.**

Потужной период длится 30 минут; потуги ритмичные, по 50 секунд через 1-2 минуты. После последней потуги сердцебиение плода стало аритмичным, приглушенным, до 90 ударов в минуту. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Влагалищное исследование -открытие полное, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок кзади.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

2-й период родов, интранатальная гипоксия плода, задний вид затылочного предлежания.

**Задача 29.**

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Последовый период. Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

**Задача 30.**

Поступила первородящая 38 лет со схватками, которые начались 7 часов назад; воды отошли 3 часа назад. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают, светлые воды. Головка над 1 плоскостью.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Роды 1-е, в срок, первый период родов, несвоевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности, возрастная первородящая.

**Задача 31.**

Первородящая 23 лет, в родах 5 часов, схватки регулярные, болезненные по 35 секунд через 4-5 минут; положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 ударов в минуту. Влагалищное исследование -шейка матки сглажена, края умеренно податливые, открытие 4 см; во время схватки шейка уплотняется, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды; головка на 1 плоскости, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева, кпереди.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**



Роды 1-е, первый период родов, дискоординированная родовая деятельность.

### **Задача 32.**

Потужной период длится 40 минут, потуги регулярные по 50 секунд через 2 минуты; головка не продвигается, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. С целью выяснения акушерской ситуации сделано влагалищное исследование - открытие полное, головка на 1 плоскости, стреловидный шов ближе к лонному сочленению, задняя теменная кость ниже передней.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Клинически узкий таз, задний асинклитизм.

### **Задача 33.**

Первородящая 25 лет в потужном периоде, потуги регулярные по 50 секунд через 1-2 минуты; положение плода продольное; предлежащая часть - тазовый конец; сердцебиение плода приглушенное до 110 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодицы на 3 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Роды 1-е в срок, второй период родов, чисто-ягодичное предлежание, интранатальная гипоксия плода.

### **Задача 34.**

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ - полное предлежание плаценты.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Беременность 30 недель. Полное предлежание плаценты. Кровотечение.

### **Задача 35.**

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализ крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Беременность - 32 недели. Полное предлежание плаценты.

### **Задача 36.**

Поступила пациентка с жалобами на ноющие боли внизу живота, поясничной области. Последняя менструация 2 месяца назад. Удовлетворительное состояние. АД=115/70, ЧСС=76 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка увеличена до 8 недель беременности. Признаки Горвиц-Гегара и Пескачека положительные. Зев закрыт. Выделений из половых путей нет.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Беременность 8 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт.

### **Задача 37.**

Поступила пациентка со схваткообразными болями внизу живота, обильными кровянистыми выделениями. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, АД=100/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка мягкая, увеличена до 11-12 недель беременности; зев зияет, в области зева определяется часть плодного яйца. Обильные кровянистые выделения.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Беременность 12 недель. Аборт в ходу.

### **Задача 38.**

Поступила пациентка с жалобами на боли внизу живота, обильные кровянистые выделения. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, АД=95/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей; матка мягкая, увеличена до 9 недель; зев зияет, обильные кровянистые выделения.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Беременность 12 недель. Аборт в ходу.

### **Задача 39.**

Поступила первородящая со схватками в течении 4 часов, с целыми водами. В течение последних 2-х дней не слышит шевеление плода. Размеры таза: 20-22-24-12см. Положение плода продольное, передний вид, 1-я позиция. Предлежащая головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка над 1-й плоскостью. С.diagonale 8 см.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Роды 1-е в срок, первый период родов. Общеравномерно суженный таз 4 степени (абсолютно узкий таз). Антенатальная гибель плода.

### **Задача 40.**

Поступила первобеременная с доношенной беременностью со схватками в течение 4 часов, воды отошли 3 часа назад, состояние удовлетворительное. Схватки по 35 секунд через 4-5 минут. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, головка на 2-й плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Роды 1-е в срок, первый период родов. Передний вид затылочного вставления.

### **Задача 41.**

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок спереди слева, большой – сзади справа выше малого. **ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЮ И ВИД ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА.**

**Эталон ответа:**

Продольное положение, головное предлежание, 1-я позиция, передний вид.

### **Задача 42.**

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева. Ниже большого.

**ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЮ И ВИД ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА.**

**Эталон ответа:**

Продольное положение, головное предлежание, 1-я позиция, задний вид.

**Задача 43.**

Плод расположен в 1-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания. Головка плода – в полости таза.

ГДЕ БУДУТ РАСПОЛОЖЕНЫ МАЛЫЙ РОДНИЧОК И СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

**Эталон ответа:**

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

**Задача 44.**

Плод расположен во 2-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания. Головка плода – малым сегментом в плоскости входа в малый таз.

КАКИЕ ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БУДУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ?

**Эталон ответа:**

Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди.

**Задача 45.**

Плод расположен во 2-ой позиции, заднем виде затылочного предлежания. Головка плода – большим сегментом в плоскости входа в малый таз.

КАКИЕ ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БУДУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ?

**Эталон ответа:**

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади.

**Задача 46.**

Больная 62-х лет предъявляет жалобы на мажущие кровянистые выделения из влагалища. Постменопауза 10 лет. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая; из цервикального канала - кровянистые выделения. При двуручном исследовании: матка увеличена до 8-9 недель беременности, плотная, бугристая; придатки не определяются, своды и параметрии свободны.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?

**Эталон ответа:**

Кровомазание в менопаузе. Рак тела матки(?).

УЗИ, отдельное диагностическое выскабливание. По результатам гистоанализа – окончательный диагноз.

**Задача 47.**

Больная 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, похудание, тошноту, изжогу, периодически возникающие боли в эпигастрии. При консультации гинеколога в области малого таза обнаружены две опухоли, расположенные с обеих сторон неизменной матки, бугристые, подвижные, безболезненные. ДИАГНОЗ?

**Эталон ответа:**

Метастазы Крукенберга, основное заболевание – рак желудка.

**Задача 48**

Пациентка Т. 47 лет обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища. 5 лет назад лечилась консервативно по поводу эрозии шейки матки. Последние 2 года гинекологом не осматривалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки представляет собой папиллярные разрастания типа «цветной капусты», контактно кровоточит. При бимануальном исследовании: тело матки нормальной величины, своды и

параметрии свободны.

**ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

Подозрение на экзофитный рак шейки матки, I стадия.

#### **Задача 49**

В гинекологическое отделение поступила пациентка К., 54 лет, с кровянистыми выделениями из половых путей. Менопауза 3 года. В последние 3 месяца из влагалища периодически (2-3 раза в месяц) отмечает умеренные кровянистые выделения. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. АД 160/90 мм рт.ст. При проведении гинекологического исследования патологии не обнаружено.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?**

**Эталон ответа:**

В этом возрасте менее вероятен гиперпластический процесс эндометрия (гиперплазия, полипы), гораздо более вероятен рак полости матки.

## **Вопросы для собеседования**

**Вопрос 1.** Что такое ТФД (тесты функциональной диагностики)?

**Эталон ответа:**

Это комплекс диагностических маркеров, характеризующих фазы менструального цикла, наличие или отсутствие овуляции. А именно: симптом «зрачка», симптом растяжения шеечной слизи, симптом кристаллизации (арборизации) шеечной слизи, базальная температура, цитология влагалищного мазка, состояние эндометрия (по пайпель-тесту).

**Вопрос 2.** Какие органы являются органами-мишенями для яичниковых гормонов?

**Эталон ответа:**

Это эндометрий, слизистая цервикального канала, слизистая влагалища, молочные железы и, в некоторой степени, уроэпителий.

**Вопрос 3.** Какая локализация миоматозных узлов является типичной?

**Эталон ответа:**

Субмукозная, интрамуральная, субсерозная.

**Вопрос 4.** Каковы этиологические факторы формирования эндометриоза?

**Эталон ответа:**

Это имплантационный (транслокационный) фактор, метастатический фактор, метапластический фактор, дисэмбриогенетический фактор.

**Вопрос 5.** В каких клетках гонококк может находиться внутриклеточно?

**Эталон ответа:**

Это клетки крови - фагоциты, лейкоциты (нейтрофилы и, редко, лимфоциты), а также трихомонады.

**Вопрос 6.** Какая группа симптомов характерна для СПКЯ (синдром поликистозных яичников)?

**Эталон ответа:**

Типичными жалобами являются: нарушение менструального цикла, гирсутизм, бесплодие, ожирение.

**Вопрос 7.** Для диагностики какой формы бесплодия проводится посткоитальный тест?

**Эталон ответа:**

ПКТ необходим при подозрении на биологическую несовместимость, т.е. иммунную форму бесплодия.

**Вопрос 8.** Что такое резервные клетки в зоне стыка цилиндрического и многослойного плоского эпителия на шейке матки?

**Эталон ответа:**

Это расположенная под зоной стыка (в области наружного зева) группа недифференцированных, поливалентных клеток типа стволовых, обладающих способностью к доброкачественной метаплазии как в клетки цилиндрического, так и многослойного плоского эпителия

**Вопрос 9.** Какую патологию относят к генитальным причинам самоабортов?

**Эталон ответа:**

Это аномалии развития (двуродая матка и т.д.), ИЦН, воспалительная патология, инфантилизм, недостаточность функции желтого тела.

**Вопрос 10.** Какая пренатальная диагностика врожденных пороков развития и ХА осуществляется по протоколу при малых сроках беременности?

**Эталон ответа:**

Это генетическая «двойка» (ХГЧ и РаРР) и УЗИ в 9-11 недель; при отклонениях в ней – генетическая «тройка» (ХГЧ, эстриол и АФП) и УЗИ в 15-18 недель; при показаниях - амниоцентез с последующей диагностикой геномных патологий по синдромам Дауна, Эдвардса, Патау. Возможен неинвазивный тест (НИПТ) из крови беременной на патологию 21 хромосомы или НИПТ ToTal по всем хромосомам.

**Вопрос 11.** Какой аппаратный метод является основным в диагностике гипоксии плода (острой и хронической)?

**Эталон ответа:**

Этим методом является кардиотокография.

**Вопрос 12.** В какой период беременности ставится диагноз клинически узкого таза?

**Эталон ответа:**

Этот диагноз возможно поставить только в родах, при открытии шейки матки не менее 6 см (до полного) и отсутствии плодного пузыря.

**Вопрос 13.** Какие типы головного предлежания существуют?

**Эталон ответа:**

Это затылочное, переднеголовное, лобное, лицевое.

**Вопрос 14.** При каком типе головного предлежания роды через естественные родовые пути невозможны?

**Эталон ответа:**

При лобном предлежании.

**Вопрос 15.** Каким образом оцениваются характеристики костного таза?

**Эталон ответа:**

Оценить костный таз и диагностировать его патологию возможно путем наружных и внутренних измерений. Это *dist. spinarum*, *dist.cristarum*, *dist.trochanterica*, наружная конъюгата (все это тазомером) и диагональная конъюгата – при влагилицном исследовании.

## **Задания на дополнения**

**Задание 1. Инструкция.** Вместо прочерка впишите только одно слово.

Структурно-функциональной единицей плаценты считают \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** котиледон

**Задание 2. Инструкция.** Вместо прочерка впишите только два слова:

Совокупность всех движений, которые совершает плод, проходя через родовые пути называется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** «биомеханизм родов», биомеханизмом родов

**Задание 3. Инструкция.** Вместо прочерка впишите окончание предложения:

Допустимая кровопотеря при физиологических родах не должна превышать \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** 0,5 % от массы тела

**Задание 4. Инструкция.** Вместо прочерка впишите ответ:

Длительность 3 периода родов не должна превышать \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** 15 минут

**Задание 5. Инструкция.** Вместо прочерка впишите только одно слово:

Изменение формы головки при прохождении её через родовые пути называется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** «конфигурация», конфигурацией

**Задание 6. Инструкция.** Вместо прочерка впишите два слова:

Отёк мягких тканей головки в области проводной точке, образующийся в период изгнания называется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** «родовая опухоль», родовой опухолью

**Задание 7. Инструкция.** Вместо прочерка впишите только одно слово:

Кровоизлияние под надкостницу теменной кости у новорождённого называется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** «кефалогематома», кефалогематомой

**Задание 8. Инструкция.** Вместо прочерка впишите только одно слово:

Появление головки из половой щели только во время потуги называется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** «врезывание», врезыванием

**Задание 9. Инструкция.** Вместо прочерка впишите только одно слово:

После рождения последа женщина называется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** «родильница», родильницей

**Задание 10.** Вместо прочерка впишите только одно слово:

Беременность, при которой в организме развивается два или большее число плодов, называется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** «многоплодная», многоплодной

## **ПК – 3:**

### **Задания закрытого типа**

**1). При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо:**

1. пролонгировать только в зависимости от состояния женщины,
2. прерывать,
3. сохранять,
4. все ответы неверны,
5. вопрос о возможности пролонгирования решается после консультации врача-

реабилитолога.

**Эталон ответа: 1**

**2). При пороках сердца для прерывания беременности в поздние сроки (больше 12 недель) противопоказано применение:**

1. кесарева сечения,
2. влагалищного кесарева сечения,
3. интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия,
4. правильно 1, 2, 3
5. правильно 2

**Эталон ответа: 3**

**3). Абсолютным показанием для прерывания беременности является заболевание беременной краснухой в сроке беременности:**

1. 8-12 недель,
2. 12-16 недель,
3. 16-20 недель,
4. 20-24 недели,
5. правильно 1 и 2.

**Эталон ответа: 5**

**4). При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано:**

1. немедленное переливание крови,
2. безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы),
3. надежный гемостаз,
4. верно 1, 2, 3
5. верно 2, 3

**Эталон ответа: 4**

**5). При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача:**

1. немедленная операция,
2. операцию можно произвести в плановом порядке,
3. возможно консервативное лечение больной,
4. верно 1, 2, 3
5. верно 2, 3

**Эталон ответа: 1**

**6). Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности:**

1. гемотрансфузия, операция,
2. консультация терапевта, анестезиолога, операция,
3. ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция,
4. операция, гемотрансфузия,
5. применение сердечных средств, гемотрансфузия, операция.

**Эталон ответа: 4**

**7). Тактика врача при небольшом дефекте матки (во время чревосечения по поводу перфорации матки) включает все перечисленное, кроме:**

1. надвлагалищной ампутации матки,
2. иссечения краев перфорационного отверстия,
3. ушивания перфорационного отверстия,
4. ревизии органов малого таза,
5. ревизии кишечника, прилежащего к матке.

**Эталон ответа: 1**

**8). Особенности операции у больной с tuboовариальным образованием в стадии острого воспаления:**

1. дренирование брюшной полости,
2. опасность травмы кишечника и мочевого пузыря,
3. технические трудности при выполнении операции необходимого объема,
4. верно 1 и 3
5. верно 1, 2, 3

**Эталон ответа: 5**

**9). При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме:**

1. экстирпация матки с придатками,
2. надвлагалищная ампутация матки с придатками,
3. экстирпация матки с трубами,
4. надвлагалищная ампутация матки с трубами,
5. двусторонняя сальпингэктомия.

**Эталон ответа: 3**

**10). При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника:**

1. перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии,
2. производят экстирпацию матки с придатками,
3. удаляют оба яичника.
4. верно 2 и 3
5. удаление дермоидной кисты яичника.

**Эталон ответа: 5**

**11). При развитии перитонита после операции у гинекологической больной, как правило, отмечается:**

1. возвратность пареза кишечника
2. недостаточная эффективность комплексной противовоспалительной терапии
3. нарастание признаков интоксикации
4. верно 1, 2, 3
5. верно 1, 3

**Эталон ответа: 4**

**12). Акушерский перитонит чаще всего возникает после:**

1. родов
2. раннего самопроизвольного выкидыша
3. кесарева сечения
4. искусственного аборта
5. позднего самопроизвольного выкидыша

**Эталон ответа: 3**

**14). Факторы, которые влияют на выбор способа родоразрешения:**

1. возраст беременной
2. акушерский анамнез
3. рубец на матке
4. локализация плаценты
5. пол плода
6. масса беременной

**Эталон ответа: 1, 2, 3, 4**

**15). Наиболее частой формой послеродовой инфекции является:**

1. мастит
2. тромбофлебит



3. эндометрит
4. септический шок
5. перитонит

**Эталон ответа: 3**

**16). Для послеродового мастита не характерно:**

1. повышение температуры тела с ознобом
2. нагрубание молочных желез
3. ограниченный инфильтрат
4. свободное отделение молока
5. гиперемия кожи в области инфильтрата

**Эталон ответа: 4**

**16). Акушерский перитонит чаще всего возникает после:**

1. родов
2. раннего самопроизвольного выкидыша
3. кесарева сечения
4. искусственного аборта
5. позднего самопроизвольного выкидыша

**Эталон ответа: 3**

**17). Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у родильницы:**

1. урогенитальной инфекции
2. экстрагенитальной патологии
3. невосполненной кровопотери
4. длительного безводного промежутка
5. все ответы правильные

**Эталон ответа: 5**

**18). Источником инфекции при послеродовом мастите является:**

1. микробная флора зева и носа новорожденного
2. очаг инфекции в организме родильницы
3. нарушение санэпид. режима
4. правильные ответы 2 и 3
5. все ответы правильные

**Эталон ответа: 5**

**19). Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:**

1. флегмонозный
2. гангренозный
3. абсцедирующий
4. инфильтративно-гнойный
5. инфильтративный

**Эталон ответа: 2**

**20). Критерий излеченности больных гонореей устанавливается после лечения в течение:**

1. 1 месяца
2. 2 месяцев
3. 3 месяцев
4. 4 месяцев
5. 5 месяцев

**Эталон ответа: 3**

**21). При сформировавшемся гнойном воспалительном образовании придатков матки показано:**

1. пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введение в нее антибиотиков
2. хирургическое лечение
3. терапия пирогеналом
4. терапия гоновакциной
5. электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике

**Эталон ответа: 2**

**22). При обострении хрон. сальпингоофорита по типу невралгии тазовых нервов не эффективны:**

1. антибиотикотерапия
2. электрофорез новокаина
3. диадинамические токи
4. ультрафиолетовая эритемотерапия
5. амплипульсотерапия

**Эталон ответа: 1**

**23). У больных с хроническим сальпингоофоритом и абсолютной гиперэстрогенией противопоказано применение:**

1. фонофореза с нафталаном
2. электрофореза иодистого калия
3. родоновых и иодобромных ванн
4. переменного магнитного поля низкой частоты
5. ультразвука в импульсном режиме

**Эталон ответа: 1**

**24). Возникновению послеоперационного перитонита способствует все, кроме:**

1. недостаточности швов
2. инфицирование брюшной полости после операции
3. некроза ткани культи дистальнее лигатуры (при больших культях)
4. недостаточно тщательного гемостаза
5. продолжительности операции до 2,5 – 3 часов

**Эталон ответа: 5**

**25). При токсической стадии гинекологического перитонита отмечается все, кроме:**

1. тахикардия (до 120 в мин)
2. выраженной одышки
3. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки
4. гипотонии
5. олигурии

**Эталон ответа: 3**

**Задания открытого типа**

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

В гинекологическую клинику поступила больная И., 32 лет с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли в низу живота. Менструальный цикл регулярный, последняя менструация за 3 месяца до поступления в клинику. Инструментальный аборт 8 дней назад. Общее состояние удовлетворительное, пульс 92 уд./мин, АД 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°C.

Осмотр гинекологический: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище и из цервикального канала – гнойные выделения, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОЙ? ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.**

**Эталон ответа:**

Острый метроэндометрит после медицинского аборта. Остатки плодного яйца после мед. аборта?

Немедикаментозное лечение: назначают постельный режим, легко усваиваемую диету, богатую витаминами и не нарушающую функций кишечника; периодически холод на низ живота. Медикаментозное лечение: - антибиотики – цефалоспорины 3 поколения; препараты группы имидазола; дезинтоксикационная, инфузионная терапия; в случае подтверждения наличия остатков плодного яйца – инструментальное обследование полости матки на фоне антибактериальной противовоспалительной терапии, согласно чувствительности к антибиотикам.

**Задача 2.**

Машиной «скорой помощи» доставлена больная К., 37 лет в гинекологический стационар. Жалобы при поступлении на резкие боли в низу живота, озноб, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Последняя менструация была за 12 дней до поступления в стационар.

В анамнезе: С/А-1, осложнился повторным выскабливанием и воспалением придатков. Общее состояние удовлетворительное, пульс 88 уд./мин, АД 110/70 мм рт.ст., температура тела 37,6°C. Язык влажный, слегка обложен белым налётом, живот не вздут, при пальпации в нижних отделах – нерезко выраженное напряжение передней брюшной стенки, больше слева.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, смещение её резко болезненное, тело матки нормальных размеров, несколько сдвинуто вправо, ограничено в подвижности, чувствительное при пальпации. Правые придатки не определяются, слева и несколько смещены от матки пальпируется образование, ограниченной подвижности, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размерами 4х9 см, влагалищный свод слева укорочен.

Анализ крови: определяется лейкоцитоз, повышенная СОЭ, палочкоядерные нейтрофилы. **КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У ПАЦИЕНТКИ? ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.**

**Эталон ответа:**

Имеет место осумкованное гнойное образование придатков матки. Базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение в объёме: ревизия органов брюшной полости, удаление инфекции. Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения + фторхинолоны), препараты группы имидазола, дезинтоксикационная, инфузионная терапия.

**Задача 3.**

Больная З., 52 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечение из половых путей. Менопауза 2 года. Пятнадцать дней назад у больной началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндриче-

ской формы, тело матки нормальных размеров, безболезненное при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, выделения кровянистые, обильные.  
**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ.**

**Эталон ответа:**

При кровотечении в менопаузе на I этапе лечения необходимо осуществить гемостаз, предварительно провести минимальное обследование больной. Гемостаз осуществляют путём проведения раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки, затем симптоматическая терапия до получения результатов гистологического анализа. II этап лечения будет проводиться после получения результатов гистологического исследования, которое определит тактику врача.

**Задача 4.**

Больная Н., 15 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, половую жизнь не ведёт. Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Анализ крови: гемоглобин 65г/л, эритроцитов – 2,7.

Ректальное исследование: при осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, соотношение между шейкой и телом матки 1:1, придатки с обеих сторон не определяются.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.**

**Эталон ответа:**

Лечение ювенильных маточных кровотечений проводят в несколько этапов.

I этап – остановка кровотечения, что в данном случае (анемия IIIIV степени, Hb 65г/л) достигается с помощью раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и «С» канала. Во избежание разрыва девственной плевы следует произвести её обкалывание 0,25% раствором новокаина с 64ЕД лидазы.

II этап – активная антианемическая терапия: препараты железа пероральные (сорбифер дурулес, ферроплекс), внутримышечные (феррум-лек); витамины (В12 по 200мкг в день с фолиевой кислотой, В6 в таблетках по 0,005г в день или в/м по 1 мг 5% раствора 1 раз в день; в/м 1мл 5% раствора витамина С 1 раз в день, витамин Р по 0,02 г 3 раза в день).

**Задача 5.**

Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез. Эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни её. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. 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.

**ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ**

**Эталон ответа:**

Тактика лечения предменструального синдрома:

1. Общесоматическое воздействие: режим труда и отдыха, диета с ограничением кофе, чая, поваренной соли, жидкости, особенно во второй половине цикла.
2. Психологическое воздействие – психотерапия и аутогенная тренировка.
3. Электросон или электроаналгезия.
4. Гормональная терапия: гестагены - дюфастон с 11-го по 25-й день цикла по 10 мг 2 раза, КОКи.

#### **Задача 6.**

Больная С., 32 лет поступила в отделение гинекологии с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве. Последние нормальные месячные были 2 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 20 лет, имела 9 беременностей, из них Р-2, М/А-7, без осложнений. Перенесённые гинекологические заболевания отрицает. Объективное состояние больной удовлетворительное, пульс 78 в мин, АД 110/70 ммрт.ст.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт, имеется цианоз шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено в размерах до 8-9 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения тёмные, кровяные, умеренные.

ТАКТИКА ВРАЧА.

#### **Эталон ответа:**

При угрожающем самоаборте по протоколу возможна сохраняющая терапия: постельный режим (физический и сексуальный покой), утрожестан или дюфастон, спазмолитические препараты (дротаверина гидрохлорид, ректальные свечи с папаверином гидрохлоридом, препараты магния), растительные седативные лекарственные препараты (отвар пустырника, валерианы), гемостатики (этамзилат натрия, транексам). Условием для сохранения беременности является заинтересованность женщины в беременности и наличие живого плода.

#### **Задача 7.**

Больная И., 38 лет обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия месячных в течение 8 недель. Менструальный цикл нормальный, месячные установились сразу. Имела 6 беременностей, из них Р-1, М/А – 5.

Влагалищное исследование: Шейка матки чистая, рубцово деформирована, цианотична. Матка при пальпации округлой формы, напряжена, болезнена во всех отделах, увеличена до 15-16 недель беременности, с обеих сторон пальпируются увеличенные, безболезненные яичники, выделения слизистые. Установлено, что ХГЧ=330 000 мкМ/мл.

ПЛАН ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

#### **Эталон ответа:**

При пузырьном заносе единственный способ лечения - раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Метотрексат.

#### **Задача 8.**

Больная Б., 57 лет поступила в гинекологическую клинику с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей. Менопауза 4 года. Было 4 беременности, из них Р - 2, М/А - 2. В последние 3 месяца беспокоят умеренные кровянистые выделения из половых путей.

Гистоанализ: множественные полипы эндометрия, без признаков атипии. Соскоб из цер-

викального канала скудный, в нём выявляются сгустки крови, обрывки слизистой.

#### ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

##### Эталон ответа:

При полипозе матки необходимо проведение антибактериального, противовоспалительного лечения, согласно исследованию выделений на флору и чувствительность к антибиотикам. Вторым этапом – проведение противорецидивной терапии гестагенами, желательно с пролонгированным действием (депо-провера, ОПК) или агонистами-антагонистами РГ; Третий этап – контроль эффективности по УЗИ и, по необходимости, - контрольная гистероскопия с отдельным лечебно-диагностическим выскабливанием через 6 месяцев.

#### Задача 9.

Больная А., 28 лет поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота схваткообразного характера, задержку месячных на 2-3 недели, умеренные кровянистые выделения из половых путей.

Влагалищное исследование: шейка матки цианотична, деформирована старыми разрывами, из цервикального канала умеренные тёмные выделения. При пальпации смещения за шейку матки болезненные. Тело матки чуть больше нормы, мягковато, слегка болезненно при исследовании. Придатки с обеих сторон в спайках, слева в области придатков пальпируется опухолевидное образование, ограниченной подвижности, туго-эластической консистенции, размерами 4-4,5 см. Выделения кровянистые, умеренные.

#### ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

##### Эталон ответа:

При подозрении на трубный аборт тактика ведения: стрип-тест, УЗИ, лапароскопия, ревизия органов брюшной полости, рассечение спаек, удаление левой маточной трубы.

#### Задача 10.

Больная В., 52 лет, поступила в больницу с жалобами на ноющую боль в левой подвздошной области, которая иррадиирует в поясницу, болезненное мочеиспускание. Боли возникли 8 часов назад, после физической нагрузки, принимала дома обезболивающие, без эффекта. Менопауза 6 лет.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, чистая, смещение за шейку безболезненное. Тело матки меньше нормы, безболезненное, подвижное. Придатки справа не определяются. Слева и кзади от матки в области придатков пальпируется опухолевидное образование размерами 10-12-12 см, мягковатой консистенции, с гладкой поверхностью, болезненное, между маткой и опухолью выявляется резко болезненная ножка новообразования. Инфильтраты в малом тазу не обнаружены. Своды влагалища свободные.

#### ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

##### Эталон ответа:

При перекруте ножки кистомы яичника тактика ведения – лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, одностороннее удаление придатков без раскручивания перекрута (хирургической ножки).

#### Задача 11.

Больная У., 56 лет поступила в клинику гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 дня назад, внезапно. Из анамнеза: менопауза 3 года. Год назад была произведена гистероскопия, по поводу маточного кро-

вотечения, удалён железисто-фиброзный полип. При осмотре: матка нормальных размеров, придатки не определяются, выделения кровянистые, обильные.

**ЛЕЧЕНИЕ.**

**Эталон ответа:**

В связи с возможностью рецидива полипоза для остановки кровотечения необходимо проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии. В дальнейшем противорецидивное лечение пролонгированными гестагенами (депо-провера, ОПК), агонистами и антагонистами релизинг – гормонов.

**Задача 12.**

Больная К., 46 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на обильные менструации, слабость, головокружение. Отмечает, что последние 8 лет менструации стали более длительными, обильными, появились тянущие боли внизу живота.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, шейка матки резко деформирована, отклонена вправо. Матка размерами как при 24 недельной беременности, малоподвижная, умеренно болезненная, с бугристой поверхностью, придатки не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.**

**Эталон ответа:**

При миоме матки больших размеров, осложнённой болевым синдромом и кровотечениями, с сопутствующей деформацией шейки матки, нужно рекомендовать оперативное лечение в объёме экстирпации матки.

**Задача 13.**

Больная Ц., 25 лет обратилась с жалобами на беспорядочные маточные кровотечения, интервал между которыми 1,5-2 месяца, периодически снижение гемоглобина, слабость, утомляемость. Менархе в 12 лет, с 13 лет ювенильные маточные кровотечения, по поводу которых лечилась у детского гинеколога. Половая жизнь с 17 лет, в беременности была не заинтересована, принимала новинет в контрацептивном режиме, приём которого решила прекратить в связи с замужеством. Через три дня после отмены препарата начались ациклические кровянистые выделения из половых путей. УЗИ: матка 50x32x49 мм, эндометрий 7 мм, с нечёткими контурами, полость матки незначительно расширена. Яичники: правый – 35x26x32 мм, левый – 36x25x30мм, фолликулы 5–7мм в диаметре, доминантного фолликула нет.

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.**

**Эталон ответа:**

Лечение больных ДМК репродуктивного периода включает в себя несколько этапов. I-й этап – остановка кровотечения, путём проведения раздельного выскабливания полости матки. II-й этап – восстановление ритма менструаций и стимуляция овуляции. При недостаточности функции жёлтого тела используют гестагены с заместительной целью: утрожестан по 200–300 мг в день с 16 по 25 день цикла; дюфастон по 1–2 т. с 16 по 25 день цикла.

**Задача 14.**

Роженица переведена в родзал в потужном периоде. Потуги регулярные, по 50 сек через 2 мин. После последней потуги сердцебиение плода приглушенное, аритмичное до 100 ударов в минуту. Положение плода продольное. Головка в полости малого таза. С целью выяснения акушерской ситуации проведено влагалищное исследование: открытие полное,

головка на третьей плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В РОДАХ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Возникла внутриутробная интранатальная гипоксия плода (тахикардия).

Для быстрого завершения родов – родостимуляция.

### **Задача 15.**

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалина отрицательный.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Частичное интимное прикрепление плаценты.

Показано ручное отделение плаценты, выделение последа, контроль полости матки (с обязательным обезболиванием).

### **Задача 16. 28.**

Потужной период длится 30 минут; потуги ритмичные, по 50 секунд через 1-2 минуты. После последней потуги сердцебиение плода стало аритмичным, приглушенным, до 90 ударов в минуту. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Влагалищное исследование - открытие полное, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок кзади.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В ПОТУЖНОМ ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Интранатальная гипоксия плода, задний вид затылочного предлежания, головка на тазовом дне.

С целью быстрого завершения родов – родостимуляция.

### **Задача 17**

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей.

Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Необходимо выделение последа наружными приемами (Абуладзе, Креде).

### **Задача 18.**

Поступила первородящая 38 лет со схватками, которые начались 7 часов назад; воды отошли 3 часа назад. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают, светлые воды. Головка над 1 плоскостью.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В I ПЕРИОДЕ РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Несвоевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности.

Показана родостимуляция.

### **Задача 19.**



Первородящая 23 лет, в родах 5 часов, схватки регулярные, болезненные по 35 секунд через 4-5 минут; положение плода продольное; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка матки сглажена, края умеренно податливые, открытие 4 см; во время схватки шейка уплотняется, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды; головка на 1 плоскости, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева, кпереди.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В I ПЕРИОДЕ РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Дискоординированная родовая деятельность.

Показано адекватное обезболивание, спазмолитики.

### **Задача 20**

Потужной период длится 40 минут, потуги регулярные по 50 секунд через 2 минуты; головка не продвигается, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. С целью выяснения акушерской ситуации сделано влагалищное исследование - открытие полное, головка на 1 плоскости, стреловидный шов ближе к лонному сочленению, задняя теменная кость ниже передней.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В НАЧАЛЕ II ПЕРИОДА РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Клинически узкий таз, задний асинклитизм.

Роды при заднем асинклитизме невозможны. Показано кесарево сечение.

### **Задача 21.**

Первородящая 25 лет в потужном периоде, потуги регулярные по 50 секунд через 1-2 минуты; положение плода продольное; предлежащая часть - тазовый конец; сердцебиение плода приглушенное до 110 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодичы на 3 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Возникла интранатальная гипоксия плода.

Показано извлечение плода за тазовый конец с оказанием классического ручного пособия.

### **Задача 22.**

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ - полное предлежание плаценты.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Возникло обильное кровотечение.

Необходимо срочное кесарево сечение.

### **Задача 23.**

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализ крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В 32 НЕДЕЛИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

**Эталон ответа:**

Возникло незначительное кровотечение.

Возможно пролонгирование беременности на койке патологии, назначение гемостатиков (транексам).

#### **Задача 24.**

Поступила больная с жалобами на ноющие боли внизу живота, поясничной области. Последняя менструация 2 месяца назад. Удовлетворительное состояние. АД=115/70, ЧСС=76 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка увеличена до 8 недель беременности. Признаки Горвиц-Гегара и Пескачека положительные. Зев закрыт. Выделений из половых путей нет.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО в I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

**Эталон ответа:**

Угрожающий самопроизвольный аборт.

Возможно сохранение беременности при наличии жизнеспособного плода и заинтересованности женщины в беременности.

#### **Задача 25.**

Поступила больная со схваткообразными болями внизу живота, обильными кровянистыми выделениями. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, АД=100/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка мягкая, увеличена до 11-12 недель беременности; зев зияет, в области зева определяется часть плодного яйца. Обильные кровянистые выделения.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

**Эталон ответа:**

Аборт в ходу.

Сохранить беременность уже невозможно, необходимо инструментальное или вакуумное опорожнение матки.

#### **Задача 26.**

Поступила первородящая со схватками в течении 4 часов, с целыми водами. В течение последних 2-х дней не слышит шевеление плода. Размеры таза: 20-22-24-12см. Положение плода продольное, передний вид, 1-я позиция. Предлежащая головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка над 1-й плоскостью. С.diagonale 8 см.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

**Эталон ответа:**

Аntenатальная гибель плода при абсолютно узком тазе.

Несмотря на антенатальную гибель плода, родоразрешение возможно только путем кесарева сечения.

#### **Задача 27.**

Пациентка Т. 47 лет обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища. 5 лет назад лечилась консервативно по поводу эрозии шейки матки. Последние 2 года гинекологом не осматривалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки представляет собой папиллярные разрастания типа «цветной капусты», контактно кровоточит. При бимануальном исследовании: тело матки нормальной величины, своды и параметрии свободны.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

**Эталон ответа:**

Необходимо направление в онкологический стационар, взятие биопсии ткани для под-

тверждения ракового процесса и уточнения его гистологической характеристики. По результатам – выбор метода лечения.

### **Задача 28.**

Больная К., 34 лет поступила с жалобами на боли внизу живота, которые появились во время последней менструации, повышение температуры тела до 38°C. Менархе с 13 лет, установились сразу, половая жизнь с 17 лет, без контрацепции, беременностей не было, по поводу чего к гинекологу не обращалась.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, из цервикального канала выделяется гной, тело матки чётко не контурируется из-за выраженной болезненности. Справа и слева от матки определяются образования 12x8 см, плотные, туго-эластической консистенции с участками размягчения.

ЛЕЧЕНИЕ?

#### **Эталон ответа:**

При наличии осумкованного гнойного образования придатков матки базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение в объёме: ревизия органов брюшной полости, санация очагов инфекции. Антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения + фторхинолоны), препараты группы имидазола, дезинтоксикационная, инфузионная терапия.

### **Задача 29.**

У больной Т., 21 года жалобы на задержку месячных на 2 недели, нагрубание молочных желёз, тест на беременность положительный. УЗИ: в полости матки плодное яйцо не определяется, в проекции правых придатков определяется округлое эхонегативное образование в диаметре 26 мм.

ЛЕЧЕНИЕ?

#### **Эталон ответа:**

В случае подтверждения диагноза «прогрессирующая трубная беременность», необходимо провести удаление плодного яйца с сохранением маточной трубы (по возможности), возможна консервативная терапия метатрексатом..

### **Задача 30.**

Больная М., 24 лет доставлена в отделение гинекологии с жалобами на боли внизу живота, которые появились после полового контакта. Состояние больной удовлетворительное, пульс 82 в мин., АД 110/70 мм РТ ст, живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, симптом раздражения брюшины отрицательный. Менархе с 12 лет, последние месячные закончились две недели назад.

Влагалищное исследование: тело матки нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Справа придатки слегка увеличены в размере, умеренно болезненные, слева не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

ЛЕЧЕНИЕ?

#### **Эталон ответа:**

Консервативная терапия апоплексии яичника включает: покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия (этамзилат, транексам), витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>. При признаках внутрибрюшного кровотечения - лапароскопия и коагуляция кровоточащих сосудов.

### **Задача 31.**

Больная А., 64 лет обратилась к гинекологу с жалобами на неприятные ощущения в области влагалища, на затруднённое мочеиспускание. Менопауза 12 лет. В анамнезе роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез не отягощён.

Гинекологический статус: половая щель зияет, при натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки. Тело матки не увеличено, придатки не определяются.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ?

**Эталон ответа:**

При опущении матки 3-й степени - оперативное лечение в объеме чрезвлагалищной экстирпации матки.

**Задача 32.**

Больная 25 лет, доставлена экстренно с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота. Боли появились через 5 часов после медицинского аборта, проведенного в дневном стационаре при сроке беременности 8 недель. Ранее было 2-е родов и 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 в мин., А/Д – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, выделения кровянистые, мажущие. Бимануально: Своды влагалища свободны. Матка увеличена до 12 недель беременности, округлая, болезненная при пальпации, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПОСЛЕ АБОРТА? ТАКИКА ЛЕЧЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

При гематометре: бужирование цервикального канала и опорожнение полости под интраоперационным введением антибиотиков широкого спектра действия, в дальнейшем - проведение антибактериальной, противовоспалительной, сокращающей матку терапии, спазмолитики.

**Задача 33.**

Больная 25 лет, поступила для искусственного прерывания беременности в дневной стационар. Менструации с 14 лет, регулярные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 2 беременности – роды и искусственный аборт в сроке 10 нед., осложнившийся метроэндометритом. В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цианотичная, выделения светлые. Бимануально: Матка увеличена до 8 недель беременности, мягковата, подвижна. Придатки не определяются, область их безболезненна. Была начата операция под внутривенным наркозом. При зондировании матки зонд как бы «провалился» в брюшную полость, его верхний конец определяется на уровне пупка беременной.

**КАКОЕ ВОЗНИКЛО ОСЛОЖНЕНИЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

При перфорации матки с целью диагностики и лечения показана лапароскопия, во время которой хирург проводит ревизию органов малого таза и брюшной полости для оценки состояния внутренних органов. Объем оперативного вмешательства: сшивание краёв раны и промывание брюшной полости. Произведение инструментального обследования полости матки и удаление плодного яйца под лапароскопическим контролем. При повреждении органов брюшной полости показана консультация хирурга и/или уролога в зависимости от локализации повреждения.

**Задача 34.**

Больная 41 г., поступила с жалобами на кровяные выделения в умеренном количестве. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя – 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 9 беременностей: Р-3, М/А-6, без осложнений. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 72 в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Цианоз слизистых. Выделения темные кровянистые. Бимануально: Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное увеличено до 11–12 недель беременности. Наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО БЫТЬ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Угрожающий самоаборт при беременности 11–12 недель? Неразвивающаяся беременность с гестационным сроком 11–12 недель?

В случае подтверждения диагноза угрожающий самоаборт, тактика лечения будет определяться желанием пациентки. Если беременность является желанной, возможно проведение сохраняющей беременность терапии при наличии жизнеспособного плода

### **Задача 35.**

Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой СМП 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 мин., температура 37°C. Последняя нормальная менструация 2 мес назад.

Гинекологический статус: влагалищная часть шейки матки цианотичная, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, болезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ?**

#### **Эталон ответа:**

При аборте в ходу - инструментальное удаление плодного яйца, превентивная противовоспалительная и антибактериальная терапия. Операцию следует проводить под наркозом.

### **Задача 36.**

Больная 17 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38°C, озноб, небольшие боли внизу живота и незначительное кровотечение из половых путей. Считает себя больной в течение 3 дней. Последняя нормальная менструация 4 месяца назад. Общее состояние средней тяжести. Пульс – 100 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Матка увеличена до 10 недель беременности, мягковатая, резко болезненная при осмотре. Придатки не определяются. Выделения кровянистые с примесью гноя.

**ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

#### **Эталон ответа:**

При инфицированном самоаборте по типу неразвивающейся беременности назначают системные антибиотики. Выбор препарата определяется спектром предполагаемых возбудителей и их чувствительностью к антимикробным препаратам. Учитывая полимикробную этиологию заболевания, чаще применяют комбинированную антибактериальную терапию, например комбинацию цефалоспоринов III–IV поколения и метронидазола, линкозамидов и аминогликозидов II–III поколения. В качестве монотерапии можно использовать ингибиторзащищенные амино-пенициллины (амоксциллин / клавулоновая кислота и др.) и карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем). При подозрении на хламидийную инфекцию дополнительно пациенткам назначается доксициклин или макролиды. После стабилизации состояния – опорожнение матки с профилактикой ДВС, инфекционно-токсического шока.

### **Задача 37.**

У повторнобеременной 29 лет по данным ж. к. беременность должна соответствовать 18 неделям. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но и уменьшилась – соответствует 10 неделям. Бимануально: цервикальный канал закрыт. Выделений нет. Самочувствие и общее состояние беременной удовлетворительное.

**ТАКТИКА ВРАЧА?**

#### **Эталон ответа:**

В случае подтверждения диагноза неразвивающейся беременности необходима госпитализация, полное клинико-лабораторное обследование, инструментальное удаление частей плодного яйца в условиях развёрнутой операционной. Профилактика ДВС синдрома, инфекционно-токсического шока.

### **Задача 38.**

Б-ная 52 года поступила с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение 2

лет, по поводу чего ранее к гинекологу не обращалась. Рост 155 см., масса 112 кг. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без выраженных изменений, из цервикального канала кровянистые выделения со сгустками. Бимануально: матка четко не контурируется, придатки не определяются. Проведено раздельное диагностическое выскабливание – гистология: атипичная гиперплазия эндометрия.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

У женщин периода пре- и постменопаузы при наличии гиперплазии эндометрия с атипией предпочтительным остаётся радикальное хирургическое вмешательство (экстирпация матки). Вопрос об удалении яичников каждый раз решают индивидуально, это определяется возрастным состоянием яичников, а также отношением женщины к их удалению, выраженностью экстрагенитальной патологии. При наличии тяжелой сопутствующей патологии (как в данном случае – артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет) возможно консервативное лечение. Используют 3 группы препаратов: гестагены (гидроксипрогестерона капронат, медроксипрогестерон), антигонадотропины (даназол, гестринон), агонисты Гн-Рг (гозерелин, трипторелин, бусерелин). Допускается также абляция эндометрия под контролем гистероскопии.

**Задача 39.**

Женщине 28 лет при задержке менструации на 4 недели в гинекологическом отделении было произведено выскабливание полости матки с целью прерывания беременности по желанию пациентки. При гистологическом исследовании соскоба обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона. После выскабливания состояние больной оставалось удовлетворительным, пульс – 76 уд. в мин., АД – 110/60 мм Нг, температура – 36,8°C. Кровянистые выделения из половых путей продолжаются.

**ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ?**

**Эталон ответа:**

В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопическим доступом или консервативная терапия (метатрексат).

**Задача 40.**

Больная 38 лет оперирована по поводу множественной миомы матки с интралигаментарным расположением миоматозного узла. Выполнена экстирпация матки с правыми придатками. К концу первых суток после операции стала жаловаться на боли в поясничной области справа, интенсивность болей нарастает. Состояние средней тяжести. Пульс – 96 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Температура 39°C. Язык суховатый, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует. При пальпации отмечается выраженная болезненность в гипогастральной области, больше справа, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. Перистальтика вялая. С-м Пастернацкого положительный справа. Диурез 400 мл. Моча концентрированная.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Травма мочеточника.

Необходима консультация уролога, в случае подтверждения диагноза релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, восстановление пассажа мочи.

**Задача 41.**

Девочку 13,5 лет в течение 5 месяцев беспокоят периодические боли в нижней половине живота. Вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: АЗРЗМаЗМе0. При пальпации живота определяется тугоэластичное образование, верхний полюс которого на 2 пальца выше лона. При осмотре наружных половых органов: девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета. При ректальном исследовании: в малом тазу определяется тугоэластичное образование.

**ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?**

**Эталон ответа:**

Заращение девственной плевы.

Клинико-лабораторное обследование, с обязательным ультразвуковым исследованием, с последующим оперативным лечением (крестообразное рассечение девственной плевы) для устранения гематокольпоса и гематометры.

**Задача 42.**

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в мин., живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: шейка матки несколько цианотичная, выделения слизистые. Матка несколько больше нормы, ровная, безболезненная, подвижная. Справа от матки пальпируется веретенообразное образование, слегка болезненное при пальпации. Слева без особенностей.

**ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Прогрессирующая правосторонняя трубная беременность.

В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопии чресбрюшным доступом, консервативная терапия метотрексатом

**Задача 43.**

Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, беременность доношенная, схватки по 35-40 секунд через 4-5 минут, воды отошли 2 часа назад. Окружность живота - 105 см., ВДМ 41 см. Положение плода продольное, спинка кпереди, слева; предлежит тазовый конец; головка определяется у дна матки; сердцебиение ясное, ритмичное слева выше пупка. Влагалищное исследование - шейка матки укорочена, края податливы, открытие 6 см; предлежащая часть - ягодицы на 1-й плоскости, линия trochanterica в правом косом размере, копчик слева.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Чисто-ягодичное предлежание при крупном плоде.

Показана операция – кесарево сечение.

**Задача 44.**

Поступила первородящая с доношенной беременностью. Схватки регулярны, по 35 секунд через 5 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, плодного пузыря нет; головка на 1-й плоскости, определяется лобный шов, надбровные дуги.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Головное предлежание, лобное вставление.

Операция кесарева сечение, роды невозможны.

**Задача 45.**

Поступила первородящая с доношенной беременностью со схватками с течение 5 часов, с отхождением вод 2 часа назад. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз; сердцебиение ясное, ритмичное до 130 уд в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 6 см.; плодного пузыря нет; определяются корень носа, надбровные дуги, подбородок; лицевая линия в правом косом направлении, подбородок кпереди.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В РОДАХ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Лицевое вставление, передний вид.

Оперативная тактика, кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути возможны, но очень травматичны для плода.

#### **Задача 46.**

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

**КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Полное интимное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

#### **Задача 47.**

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Полное интимное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операционной.

#### **Задача 48.**

Беременная поступила с жалобами на ноющие боли внизу живота и поясничной области. Регулярной родовой деятельности нет. Сроки беременности 39-40 недель. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; цервикальный канал до 2,5 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Незрелая шейка при доношенной беременности, предвестники родов.

Начать подготовку шейки к родам, снять болевой синдром.

#### **Задача 49.**

Поступила первобеременная со сроком беременности 34 недели. Жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, боли в эпигастральной области; на ногах – выраженные отеки. АД=160/100, 170/120. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; канал до 2 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью таза.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Преэклампсия тяжелой степени.

Немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения с продолжением лечения позднего гестоза.

#### **Задача 50.**

Поступила беременная на дородовую госпитализацию. Срок беременности 39-40 недель, размеры таза 24-26-28-18, индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода



ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Окружность живота 102 см, ВДМ 40 см. Влашлищное исследование - шейка центрирована, диффузно размягчена; канал до 1 см, пропускает палец. Предлежащая головка над 1-й плоскостью. Плодный пузырь цел. Con.diagonale 9 см.

**КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?**

**Эталон ответа:**

Общеравномерносуженный таз 1-й степени, при крупном плоде.

Показана операция кесарева сечения в плановом порядке.

### **Вопросы для собеседования.**

**Вопрос 1.** Каковы патогенетические механизмы, поддерживающие формирование и развитие эндометриозных очагов?

**Эталон ответа:**

Это гормональный баланс (с гиперэстрогенией) и нарушения в иммунной системе (уменьшение Т-киллеров и подавляющего влияния на эктопические клетки).

**Вопрос 2.** Как проводится в настоящее время профилактика гонобленнорей?

**Эталон ответа:**

Это 2-х кратное закладывание за веки новорожденного (и в половую щель девочки) 1% мази тетрациклина, начиная с момента рождения.

**Вопрос 3.** Какой отдел полового аппарата женщины поражается туберкулезным процессом чаще всего и почему?

**Эталон ответа:**

В связи с гематогенной инсеминацией чаще всего поражаются маточные трубы; в связи с особенностями их кровообращения: питание конечными отделами двух сосудов (маточной и яичниковой артерии), следовательно, замедленный, встречный, турбулентный кровоток.

**Вопрос 4.** В чем проявляется и осложнением чего является синдром Киари-Фроммеля?

**Эталон ответа:**

Основные проявления – галакторея и аменорея, а связан с родами, т.е. является условно отдаленным «послеродовым» осложнением. Эти же проявления у нерожавших женщин называются «синдром аменореи-галактореи».

**Вопрос 5.** Какое осложнение может возникнуть при частых (в т.ч. необоснованных) выскабливаниях полости матки и сопутствующих этому эндометритах?

**Эталон ответа:**

Может возникнуть маточная аменорея, связанная с синехиями в полости матки, повреждением базального слоя эндометрия.

**Вопрос 6.** Какие вспомогательные репродуктивные технологии Вы можете назвать?

**Эталон ответа:**

Это инсеминация, ЭКО, ИКСИ, ЗИФТ, ГИФТ.

**Вопрос 7.** Какие формы патологии шейки матки относятся к более тяжелым, предраковым?

**Эталон ответа:**

Это дисплазия шейки матки, аденоматозный полип шейки матки, атипическая лейкоплакия.

**Вопрос 8.** Чем отличаются такая группа методов радикального аппаратного лечения патологии шейки матки как лазерная вапуоризация, криодеструкция и аргоновая абляция от радио-, электро- и хирургической конизации шейки матки?

**Эталон ответа:**

Эти две группы лечебных мероприятий отличаются тем, что при 1-й группе мы не получаем материал для гистоанализа, а при 2-й – получаем (что очень важно при предраках, старшем возрасте, сомнительных результатах предшествующей биопсии).

**Вопрос 9.** Типичное осложнение хорионэпителиомы?

**Эталон ответа:**

Это раннее и быстрое формирование отдаленных метастазов в легкие, мозг и т.д. Эту опухоль даже называют «опухоль метастазов».

**Вопрос 10.** Самое эффективное на данный момент времени лечение опущений и выпадений стенок влагалища?

**Эталон ответа:**

Сейчас во всем мире – это применение сетчатых протезов, следующая по эффективности – влагалищная экстирпация матки.

**Вопрос 11.** В чем заключается профилактика изосерологической несовместимости матери и плода по резус-фактору до беременности?

**Эталон ответа:**

До беременности – это профилактика первого аборта у нерожавших Rh (-) женщин, соблюдение интервала между родами в 3-4 года у рожавших.

**Вопрос 12.** Какая профилактика гемолитической болезни новорожденного осуществляется во время беременности у Rh(-) женщины при Rh(+) у отца?

**Эталон ответа:**

Это введение антирезусиммуноглобулина Д в сроках 28 и (при необходимости повторного введения) в 32 недели; условие – отсутствие антител в крови матери накануне введения.

**Вопрос 13.** Какое осложнение для плода возникает при изосерологической несовместимости по Rh фактору?

**Эталон ответа:**

Этим осложнением является гемолитическая болезнь плода и новорожденного в анемической, желтушной и отечной формах.

**Вопрос 14.** К каким осложнениям приводит пиелонефрит при беременности (гестационный или обострение хронического)?

**Эталон ответа:**

Типичными осложнениями являются сочетанный гестоз, гипоксия плода, задержка его развития, недонашивание беременности и внутриутробное инфицирование плода.

**Вопрос 15.** Какие методы коррекции дискоординации родовой деятельности являются эффективными, а какие – противопоказаны?

**Эталон ответа:**

Эффективное лечение дискоординации – это спазмолитики и рациональное обезболивание; противопоказанной является родостимуляция.

**Задания на дополнения:**

**Задание 1.** Инструкция. Вместо прочерка впишите одно слово.

Вульвовагинит в детском возрасте часто осложняется \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** синехиями.

**Задание 2.** Инструкция. Вместо прочерка впишите 3 слова.

Бессимптомная миома матки подлежит оперативному лечению в случае \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** достижения больших размеров.

**Задание 3. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 3 слова.

Самыми тяжелыми, осложненными формами гонорройного процесса в женском организме являются \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** пельвеоперитонит, гонорройный сепсис.

**Задание 4. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 2 слова.

Туберкулезная палочка попадает в половые пути женщины \_\_\_\_\_ путем.

**Эталон ответа:** гематогенным, лимфогенным.

**Задание 5. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 2 слова.

При проведении ВРТ – ЗИФТ (перемещение зиготы в фаллопиевы трубы) и ГИФТ (перемещение гамет в фаллопиевы трубы) возможно осложнение в виде \_\_\_\_\_ .

**Эталон ответа:** трубной беременности

**Задание 6. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 1 слово.

\_\_\_\_\_ тип строения плаценты, характерный для человека, приводит к неизбежной кровопотере в родах и возможности интра- и постнатальных кровотечений.

**Эталон ответа:** гемохориальный.

**Задание 7. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 2 слова.

Наиболее эффективной и распространенной контрацепцией в настоящее время являются \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** гормональные контрацептивы.

**Задание 8. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 1 слово.

\_\_\_\_\_ форма гемолитической болезни плода и новорожденного некурабельна, несовместима с жизнью.

**Эталон ответа:** отечная.

**Задание 9. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 2 слова.

Наиболее неблагоприятным по исходам родов для плода из тазовых предлежаний является \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** полное ножное

**Задание 10. Инструкция.** Вместо прочерка впишите 1 слово.

Самой тяжелой формой позднего гестоза является \_\_\_\_\_

**Эталон ответа:** эклампсия.

### Критерии оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка <u>«неудовлетворительно»</u> (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка <u>«удовлетворительно»</u> (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка <u>«хорошо»</u> (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка <u>«отлично»</u> (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, от-	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в

сутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
--	---	--	---

**Шкала оценивания тестового контроля:**

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

**Критерии оценивания собеседования:**

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
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 не-	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов.	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	сколько ошибок в содержании ответа	Допускается несколько ошибок в содержании ответа	
неудовлетворительно	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 аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**Критерии оценивания ситуационных задач:**

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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
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