

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГБОУ ВО «БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ДОРЖИ БАНЗАРОВА»  
Кафедра последипломного образования

«УТВЕРЖДЕНО»

Ученым советом

ФГБОУ ВО «БГУ»

от «28» марта 2019 г.

Протокол № 7

**Программа**  
**государственной итоговой аттестации по основной образовательной**  
**программе высшего образования – программе ординатуры**

Специальность

31.08.01 Акушерство и гинекология

Квалификация:

врач акушер-гинеколог

Форма обучения:

очная

Улан-Удэ  
2019

## **1. Общие положения**

### **1.1 Цели и задачи государственной итоговой аттестации**

Целью государственной итоговой аттестации является установление уровня подготовленности выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации), основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки и степени овладения выпускником необходимыми компетенциями.

Задачами являются: оценка теоретической и практической подготовки врача-акушера-гинеколога в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности; оценка уровня сформированности у выпускника необходимых компетенций для осуществления профессиональной деятельности.

### **1.2. Виды государственной итоговой аттестации выпускников**

В соответствии с приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. N 227"Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки государственная аттестация выпускников ординатуры предусмотрена в виде:

- государственного экзамена.

### **1.3. Задачи и виды профессиональной деятельности выпускников**

Основными задачами профессиональной деятельности являются:

- профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;  
проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации опоказателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;  
организация проведения медицинской экспертизы;  
организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;  
ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;  
создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;  
соблюдение основных требований информационной безопасности.

#### **1.4. Требования к результатам освоения программы ординатуры, необходимые для выполнения им профессиональных функций**

Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена призвана определить степень развития компетенций у выпускников ординатуры.

ПК-5 - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

ПК-6 - готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи

## **2. Уровень знаний выпускников ординатуры, проверяемый в ходе государственного экзамена**

### **2.1 Перечень основных учебных дисциплин, (разделов, вопросов), выносимых на государственный экзамен**

На государственный экзамен выносятся следующий перечень основных учебных дисциплин образовательной программы или их разделов и вопросов, для проверки на государственном экзамене:

#### **Дисциплина Б.1.Б.1 «Акушерство и гинекология»**

**Тема №1: Физиология беременности.** Плод. Физиология плода. Физиология родов Предвестники родов. Причины наступления родов. Физиология сократительной деятельности матки. Периоды родов. Период раскрытия шейки матки. Период изгнания. Последовый период. Варианты нормального биомеханизма родов Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания. Физиология послеродового периода. Изменения в организме роженицы. Состояние гормонального гомеостаза. Состояние сердечно-сосудистой системы. Изменения в мочевыделительной системе после родов. Состояние органов пищеварения. Изменения в половых органах и молочных железах. Становление лактации. Ведение послеродового периода обследование беременной. Опрос Объективное обследование Определение срока беременности Дополнительные методы исследования Исследование гормонального профиля Биохимическое исследование (АФП, β-ХГЧ, РАРР) и его значение в диагностике хромосомных аномалий и ВПР плода. Кольпоцитологическое исследование. Кардиотокография. Ультразвуковое исследование. Понятие о 1-ом, 2-ом и 3-ем скринингах. Допплерометрическое исследование системы мать-плацента-плод. Определение биофизического профиля плода Методы исследования околоплодных вод.

**Тема №2: Патология беременности.** Невынашивание беременности. Иzosерологическая несовместимость крови матери и плода. Диагностика резус-сенсibilизации. Внутриутробная инфекция (ВУИ). Факторы риска развития ЗРП. Формы синдрома ЗРП. Плацентарная недостаточность (ПН). Аномалии родовой. Анатомически

узкий таз. Клинически узкий таз. Крупный плод. Неправильные положения плода. Разгибательные предлежания плода. Варианты патологического вставления головки. Тазовое предлежание плода. Многоплодная беременность. Перенашивание беременности. Понятие о пролонгированной беременности.

**Тема №3: Оперативное акушерство.** Искусственное прерывание беременности. Методы прерывания беременности на ранних сроках. Медикаментозный аборт. Современные методы прерывания беременности во 2 и 3 триместрах беременности. Инструментальное удаление плодного яйца, выскабливание стенок полости матки. Родоразрешающие операции. Акушерские щипцы. Вакуум-экстракция плода. Извлечение плода за тазовый конец. Извлечение плода за ножку. Извлечение плода за обе ножки. Извлечение плода за паховый сгиб. Инструментальное извлечение плода. Место операции извлечения плода за тазовый конец в современном акушерстве. Кесарево сечение (КС). Корпоральное КС. Истмико-корпоральное КС. КС в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Травматизм в акушерстве. Разрывы наружных половых органов и промежности. Разрывы шейки матки и влагалища. Разрывы матки во время беременности и в родах. Разрыв лонного сочленения. Травма мочевого пузыря, уретры и прямой кишки в родах. Травматизм при прерывании беременности в первом триместре. Перфорация матки. Особенности производства аборта при пороке развития матки. Травматизм в гинекологии. Насильственные разрывы наружных половых органов и промежности. Травматизм при акушерских и гинекологических операциях. Травма смежных органов при кесаревом сечении и наложении акушерских щипцов. Травма смежных органов при чревосечении и лапароскопических операциях. Перфорация матки и травма смежных органов при гистероскопии, гистерорезектоскопии и раздельном диагностическом выскабливании.

**Тема №4: Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии:** Беременность и заболевания сердечно - сосудистой системы. Врожденные и приобретенные пороки сердца. Беременность и заболевания органов дыхания. Туберкулёз лёгких. Беременность и заболевания желудочно – кишечного тракта. Беременность и заболевания органов мочевого выделения. Эндокринная патология и беременность. Сахарный диабет. Беременность и заболевания крови. Беременность и инфекционные/паразитарные заболевания. Влияние на плод и ребёнка. Особенности ведения беременности, родов и послеродового периода. ЗППП (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции). Бактериальный вагиноз, вагинальный кандидоз.

**Тема №5: Кровотечения в акушерстве и гинекологии:** Кровотечения во время беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечения при полипах и злокачественных новообразованиях шейки матки. Гипотонические кровотечения. Позднее послеродовое кровотечение. ДВС-синдром в акушерстве и гинекологии. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.

**Тема №6: Токсикозы беременных:** Ранние токсикозы. Гестозы. Осложнения беременности при гестозе: клиника, диагностика, интенсивная терапия. Постэкламптическая кома. Полиорганная недостаточность. Острый жировой гепатоз. HELLP-синдром.

**Тема №7: Эндокринология в акушерстве и гинекологии:** Эндокринная патология репродуктивной системы. Приобретенная гипопитарная недостаточность (синдром Шенна, Симмондса и др.). Гиперандрогенные нарушения менструальной функции. Синдром поликистозных яичников. Надпочечниковые формы гиперандрогении. Эндокринное бесплодие. Методы восстановления овуляторной функции яичников. Вспомогательные репродуктивные технологии. Гормональная контрацепция. Менопауза и заместительная гормональная терапия. Климактерический синдром. Урогенитальные расстройства. Остеопороз. Преждевременная и хирургическая менопауза. Синдромы преждевременного выключения функции яичников. Ожирение и репродуктивная система. Синдром Кушинга и расстройства менструально-овариального цикла. Заболевания

щитовидной железы и патология репродуктивной системы. Онкологические аспекты гинекологической эндокринологии. Гиперпластические процессы и рак эндометрия. Гормонально-активные опухоли яичников. Дисгормональные заболевания и рак молочных желез.

**Тема №8: Воспалительные заболевания и септические инфекции в акушерстве и гинекологии:** Септические заболевания в акушерстве. Послеродовые инфекционные осложнения. Эндомиометрит. Перитонит. Сепсис, септический шок. Послеродовый мастит. Воспалительные заболевания органов малого таза. Вульвовагинит. Бартолинит. Воспалительные заболевания шейки матки (эндоцервицит, экзоцервицит). Воспалительные заболевания тела матки. Острый эндометрит. Воспалительные заболевания придатков матки (сальпингоофорит). Хронический эндометрит. Септические заболевания в гинекологии. Пельвиоперитонит. Сепсис. Септический шок.

**Тема №8: Оперативная гинекология:** Диагностические операции. Операции на матке. Консервативные операции. Радикальные операции. Хирургическая стерилизация маточных труб. Операции на яичниках. Операции при злокачественных опухолях вульвы и влагалища. Операции на шейке матки. Оперативные вмешательства при аномалиях развития женских половых органов. Восстановительные операции при травме и свищах кишечника и мочевыводящих путей.

**Тема №9: Новообразования женских половых органов и молочных желез:** Доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов. Доброкачественные опухоли наружных половых органов и влагалища. Лейомиома матки. Миома матки и беременность. Эпителиальные опухоли (цистаденомы). Опухоль Бреннера. Смешанные эпителиальные опухоли недифференцированные. Опухоли стромы полового тяжа. Герминогенные опухоли. Вторичные метастатические опухоли. Опухолевидные образования. Функциональные кисты. Фолликулярные кисты. Лютеиновые кисты. Параовариальная киста эндометриоз. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз. Опухоли яичников и беременность. Злокачественные опухоли. Рак наружных половых органов и влагалища. Рак шейки матки. Рак тела матки. Саркома матки. Трофобластическая болезнь. Классификация (пузырный занос, хорионкарцинома). Рак яичников.

**Тема №10: Острый живот в гинекологии:** Острый живот при кровотечении в брюшную полость. Эктопическая беременность. Апоплексия яичника. Перфорация матки. Острый живот при воспалительных заболеваниях половых органов. Пельвиоперитонит. Перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки. Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей половых органов. Перекрут ножки опухоли или кисты яичника.

**Тема №11: Эндометриоз:** Эндометриоз матки (аденомиоз). Наружный эндометриоз. Эндометриоз яичников и маточных труб. Эндометриоз ректовагинальной перегородки влагалища. Эндометриоз шейки матки. «Малые» формы эндометриоза. Экстрагенитальный эндометриоз. Эндометриоз послеоперационного рубца. Эндометриоз кишечника. Эндометриоз мочевого пузыря. Эндометриоз пупка и других локализаций.

**Тема №12: Бесплодие:** Бесплодие гипоталамо-гипофизарного генеза. Бесплодие, связанное с нарушением функций периферических эндокринных желез. Преждевременная недостаточность яичников. Бесплодие при нарушениях функции щитовидной железы. Трубно-перитонеальное бесплодие. Хронический сальпингит. Перитонеальный фактор бесплодия. Патология матки как фактор бесплодия. Мужской фактор бесплодия. Хирургические методы восстановления фертильности. Вспомогательные репродуктивные технологии. Программа экстракорпорального оплодотворения с донорскими ооцитами. Программа суррогатного материнства. Этические и юридические аспекты программ вспомогательной репродуктивной медицины.

## **2.2 Порядок проведения государственного экзамена**

### **2.2.1 Проведение государственного экзамена**

Государственный экзамен проводится в строгом соответствии с учебным планом по направлению подготовки 31.08.01 Акушерство и гинекология, графиком учебного процесса по Университету, графиками проведения государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом проводятся консультационные занятия для выпускников по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен принимается государственной экзаменационной комиссией (ГЭК). Государственный экзамен включает три последовательных этапа:

I этап: тестирование

II этап: сдача практических навыков

III этап: устная часть.

Задачей I этапа – тестирования является определение уровня теоретической подготовки выпускника.

Тестирование осуществляется по утвержденным материалам фонда оценочных средств, разработанным в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология и размещенным в информационной системе. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура междисциплинарного тестирования осуществляется в компьютерных классах Университета.

Примеры тестов:

1. Инструкция: установите правильную последовательность действий: Последовательность метастазирования лимфогенным путем при раке шейки матки:

А. внутренние и наружные подвздошные и запирательные лимфоузлы;

Б. паховые лимфоузлы;

В. околоаортальные лимфоузлы;

Г. околопечечные и околоматочные лимфоузлы;

Д. бедренные лимфоузлы.

Ответ:

1	2	3	4	5
Г	А	В	Б	Д

2. Инструкция: выберите один правильный ответ:

Нарушение плодово-плацентарного кровотока – это повышение систолического диастолического отношения и индекса резистентности в:

А. средней мозговой артерии;

Б. одной или обеих маточных артериях;

В. обеих артериях пуповины;

Г. хотя бы в одной артерии пуповины;

Д. аорте плода.

Ответ: Г.

3. Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого пронумерованного элемента правой колонки выберите буквенный компонент левой колонки. Каждый буквенный компонент левой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.

Формы сужения	Характерные особенности
А. Поперечносуженный Б. Простой плоский В. Плоскорихитический Г. Уплощенный Д. Общеравномерносуженный	1. Равномерное уменьшение прямых размеров всех плоскостей таза
	2. Правильная форма
	3. Уменьшение поперечных размеров малого таза при относительном укорочении или увеличении прямых размеров входа и узкой части полости малого таза
	4. Значительное укорочение прямого размера входа в малый таз при нормальных или увеличенных прямых размерах полости малого таза
	5. Уменьшение прямого размера широкой части полости малого таза (уплощение крестца)

Ответ А-3; Б-1; В-4; Г-5; Д-2

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

А) – если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) – если правильны ответы 1 и 3;

В) – если правильны ответы 2 и 4;

Г) – если правилен ответ 4;

Д) – если правильны ответы 1,2,3,4.

К младенческой смертности в Российской Федерации относится смерть детей:

1. на первой неделе жизни;

2. на первом месяце жизни;

3. в возрасте до 2 лет;

4. на первом году жизни.

Ответ: Г

Критерии оценивания:

– «отлично» – выполнено 91-100% заданий

– «хорошо» – выполнено 81-90% заданий

– «удовлетворительно» – выполнено 71-80% заданий

– «неудовлетворительно» – выполнено 70% и менее заданий

При удовлетворительном результате тестирования ординатор допускается к сдаче практических навыков. Задачи II этапа является оценка владения профессиональных навыков

II этап – сдача практических навыков

#### Перечень практических навыков

1. Получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии
2. Оценить тяжесть состояния, принять необходимые меры для выведения больной из этого состояния. Определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную первую помощь
3. Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.), уметь интерпретировать их результаты
4. Провести дифференциальную диагностику заболеваний репродуктивной системы, обосновать клинический диагноз, план ведения больной, показания и противопоказания к операции
5. Обосновать методику обезболивания
6. Обосновать наиболее целесообразный план операции при данной патологии и выполнить ее в необходимом объеме
7. Разработать схему послеоперационного ведения больной и профилактику послеоперационных осложнений

#### Критерии оценки практических навыков

ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ			
Подготовительный этап		Выполнил	Не выполнил
1.	Подготовка стандарта оснащения		
2.	Применение защитной одежды согласно		

	стандарту		
3.	Рациональная организация рабочего места		
4.	Обоснование всех действий и пр. напр. соблюдение стандарта общения		
Этап выполнения задания			
1.	Выполнение задания согласно стандарту (алгоритму)		
2.	Соблюдение принципов этики и деонтологии		
3.	Обеспечение безопасности		
Завершающий этап			
1.	Обеспечение производственной гигиены		
2.	Обеспечение инфекционной безопасности (санэпидрежима)		
3.	Соблюдение личной гигиены		
5.	Устное обоснование действий согласно стандарта и нормативной документации		
Качественная характеристика выполнения задания			
а. последовательность б. аккуратность в. логичность г. быстрота и четкость; д. рациональность распределения времени по время выполнения задания д. полнота выполнения действий по алгоритму и пр.			

Сумма баллов более 5 – сдал

Сумма баллов менее 5 – не сдал

При удовлетворительном результате сдачи практических навыков ординатор допускается к проведению устной части государственного экзамена

При проведении устного государственного экзамена в аудитории каждый из экзаменуемых располагается за отдельным столом. Экзаменационный билет содержит 2 вопроса и 1 ситуационную задачу, которые позволяют определить уровень владения профессиональных компетенций.

Выпускникам выдаются проштампованные чистые листы, на которых они должны изложить ответы по вопросам билета. Каждый лист подписывается экзаменуемым разборчиво с указанием фамилии, имени, отчества, личной росписи и по окончании ответа сдается ответственному секретарю. На подготовку к экзамену отводится не более 30 минут.

### **Вопросы к государственному экзамену**

#### **Экзаменационные вопросы по акушерству.**

1. Менструальный цикл. Изменения в яичниках в процессе менструального цикла. Регуляция. Диагностика ранних сроков беременности.
2. Диагностика поздних сроков беременности. Определение срока родов.
3. Таз с акушерской точки зрения. Методы наружного и внутреннего измерения таза.
4. Таз с акушерской точки зрения. Плоскости малого таза. Размеры. Методы измерения таза.
5. Плод как объект родов. Дошенность и зрелость плода. Признаки зрелости плода.

6. Понятие о доношенности и зрелости плода. Анатомо-физиологические особенности доношенных новорожденных. Плацента. Оболочки. Пуповина. Околоплодные воды.
7. Членорасположение плода, положение, позиция, вид, предлежание. Методы наружного акушерского исследования беременной во второй половине беременности и в родах.
8. Критические периоды развития плода. Влияние на плод и эмбрион повреждающих факторов.
9. Причины наступления родовой деятельности. Родовая доминанта. Предвестники родов. Периоды родов. Продолжительность родового акта.
10. Клиническое течение нормальных родов. Ведение родов. Адаптация плода к родам.
11. Физиология и клиника периода раскрытия и изгнания. Методы определения состояния плода.
12. Физиология и клиника последового периода. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
13. Определение состояния плода в процессе физиологических родов.
14. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Первичный туалет новорожденных. Профилактика офтальмобленореи.
15. Затылочное предлежание плода. Механизм родов.
16. Разгибательные предлежания плода. Варианты. Этиология. Диагностика. Прогноз родов для матери и плода.
17. Переднеголовное предлежание. Этиология. Диагностика. Механизм родов. Влияние на плод.
18. Лобное предлежание плода. Этиология. Диагностика. Механизм родов. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
19. Лицевое предлежание плода. Этиология. Диагностика. Механизм родов. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
20. Тазовое предлежание плода. Классификация. Причины. Диагностика. Механизм родов. Течение беременности и родов.
21. Чисто ягодичное предлежание (неполное). Причины. Диагностика. Механизм родов. Особенности течения и ведения родов. Пособив по Цовьянову.
22. Ножное предлежание плода. Этиология. Диагностика. Особенности течения беременности и родов. Ведение родов. Влияние на плод.
23. Узкий таз. Классификация узких тазов по форме и степени сужения
24. Показания для кесарева сечения при узком тазе. Плоские тазы. Разновидности. Этиология. Особенности механизма родов и течение родов. Влияние на плод.
25. Общеравномерно суженный таз. Особенности механизма родов. Течение родов. Влияние на плод.
26. Клинически узкий таз. Этиология. Диагностика. Осложнения для матери и плода. Врачебная тактика.
27. Неправильное положение плода. Классификация. Этиология. Диагностика. Особенности течения, ведение беременности и родов.
28. Запущенное поперечное положение плода. Причины диагностика. Осложнения для матери и плода. Врачебная тактика.
29. Преждевременные роды. Этиология. Особенности течения и ведения родов. Влияние на плод.
30. Переношенная беременность. Запоздалые роды. Влияние на плод. Ведение беременности и родов.
31. Многоплодная беременность. Этиология. Диагностика. Особенности течения беременности и родов. Осложнения в родах. Влияние на плод.
32. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Диагностика. Влияние на плод. Лечение.
33. Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод. Причины. Осложнения для матери и плода.
34. Многоводие. Этиология. Клиника. Диагностика. Особенности течения беременности и родов. Осложнения для плода.

35. Слабость родовой деятельности. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Влияние на плод.
36. Гестозы. Классификация. Этиология. Патогенез. Влияние на плод.
37. Токсикозы первой половины беременности. Клиника. Диагностика. Терапия. Влияние на плод.
38. Отеки беременных. Патогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.'
39. Нефропатия беременных. Этиология. Патогенез. Клиника. Степень тяжести. Диагностика. Методы терапии.
40. Преэклампсия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.
41. Эклампсия. Патогенез, Клиника. Диагностика. Терапия. Профилактика.
42. Кровотечение во II половине беременности и в родах. Причины. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Влияние на плод.
43. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
44. Кровотечение в последовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
45. Предлежание плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Терапия.
46. Полное предлежание плаценты. Экология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
47. Неполное предлежание плаценты. Клиника. Диагностика. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
48. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Влияние на плод.
49. Частичное плотное прикрепление плаценты. Этиология. Клиника. Врачебная тактика.
50. Гипотоническое и атоническое кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
51. Угрожающий разрыв матки в родах (механический). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Влияние на плод.
52. Начавшийся разрыв матки в родах (механический). Этиология, диагностика. Врачебная тактика.
53. Совершившийся разрыв матки в родах (механический). Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Влияние на плод.
54. Угрожающий и начавшийся разрыв матки по рубцу во время беременности. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Влияние на плод.
55. Угрожающий и начавшийся разрыв матки в родах по рубцу после перенесенного кесарева сечения. Влияние на плод.
56. Ведение беременности и родов при наличии рубца на матке после операции кесарево сечение.
57. Разрывы промежности. Классификация. Диагностика. Причины. Принципы восстановления промежности.
58. Разрывы шейки матки. Степени разрывов. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Последствия незащитых разрывов шейки матки.
59. Послеродовые инфекционные заболевания родильниц.
60. Внутриутробное инфицирование плода.
61. Перинатальная заболеваемость и смертность. Пути снижения.
62. Хроническая гипоксия плода. Этиология. Патогенез. Диагностика. Терапия.
63. Острая гипоксия плода. Диагностика. Лечение.
64. Асфиксия новорожденных. Клиника. Реанимация новорожденных, родившихся в асфиксии.
65. Гипотрофия плода (ВЗРП). Этиология. Диагностика. Лечение. Профилактика.
66. Плацентарная недостаточность. Этиология. Патогенез. Принципы терапии.
67. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Этиология. Диагностика. Тактика ведения беременности. Методы профилактики.
68. Ведение беременности и родов при реузус-сенсибилизации. Профилактика реузус

сенсibilизации.

69. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Показания к заменному переливанию крови при гемолитической болезни плода.
70. Гемолитическая болезнь новорожденных по ABO-несовместимости. Диагностика. Лечение.
71. Наследственные и врожденные заболевания плода. Принципы диагностики.
72. Антенатальная охрана плода в условиях женской консультации. Диспансерное наблюдение беременных.
73. Влияние алкоголя и курения на плод и новорожденного.
74. Кесарево сечение. Показания. Техника операции в нижнем маточном сегменте.
75. Акушерские щипцы. Показания. Техника операции. Осложнения дж матери и плода.
76. Вакуум-экстракция плода. Показания. Условия. Техника операции. Влияние на плод.
77. Влияние акушерских операций (щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец) на плод.
78. Сердечно сосудистые заболевания и беременность. Особенности течения, ведения беременности и родов.
79. Сахарный диабет и беременность. Особенности течения беременности и родов.
80. Возможности УЗИ в акушерстве.
81. Определение биофизического профиля плода.
82. Значение кардиотокографии в диагностике гипоксии плода.
83. Гемморрагический шок. Этиология. Патогенез. Диагностика. Принципы терапии.

### **Экзаменационные вопросы по гинекологии.**

1. Гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.
2. Характеристика нормального менструального цикла.
3. Изменения в яичниках и матке в течение менструального цикла.
4. Тесты функциональной диагностики для оценки менструального цикла.
5. Современные представления о регуляции менструального цикла.
6. Аменорея. Классификация.
7. Гипоменструальный синдром. Классификация, методы исследования уровней поражения, принципы лечения.
8. Ювенильные маточные кровотечения. Диагностика, принципы терапии.
9. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника.
10. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного и пременопаузального периодов. Патогенез, клиника, диагностика.
11. Принципы терапии ДМК репродуктивного и пременопаузального периодов.
12. Периоды развития женского организма.
13. Анатомо-физиологические особенности половых органов девочки в препубертатный период. Степени развития вторичных половых признаков.
14. Анатомо-физиологические особенности половых органов девочки в пубертатный период.
15. Пороки развития половых органов. Принципы диагностики и терапии.
16. Анатомо-физиологические особенности половых органов девочек в различные периоды развития.
17. Задержка полового развития девочек. Этиология, клиника, диагностика, принципы терапии.
18. Периоды полового развития девочек.
19. Специальные методы гинекологического обследования девочек.
20. Классификация пороков развития половых органов.
21. Преждевременное половое созревание. Этиология, клиника, диагностика, принципы терапии.
22. Гематокольпос, гематометра у девочек. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
23. Лапароскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.

24. Современные методы контрацепции.
25. Травмы половых органов у девочек. Лечение.
26. Миома матки. Классификация, этиология, клиника, диагностика.
27. Субмикозная миома матки. Клиника, диагностика, лечение.
28. Клиника и терапия рождающегося субмикозного узла миомы матки.
29. Показания к оперативному лечению миомы матки, Виды операций.
30. Ведение больных миомой матки, не требующих оперативного лечения
31. Неотложная помощь при маточных кровотечениях.
32. Эндометриоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
33. Аденомиоз. Клиника, диагностика, лечение.
34. Применение половых гормонов в гинекологической практике.
35. Внематочная беременность. Классификация, этиология.
36. Внематочная беременность. Трубный аборт. Клиника, диагностика, лечение.
37. Внематочная беременность. Разрыв трубы. Клиника, диагностика, лечение.
38. Внематочная беременность прогрессирующая. Клиника, диагностика, лечение.
39. «Острый живот» в гинекологии. Причины, методы диагностики.
40. Апоплексия яичника. Клиника, диагностика, лечение. Особенности течения у девочек.
41. Фоновые заболевания шейки матки. Диагностика, терапия.
42. Методы диагностики заболеваний шейки матки.
43. Лечение фоновых заболеваний шейки матки.
44. Предрак шейки матки. Клиника, диагностика, лечение.
45. Стадии распространения рака шейки матки. Лечение.
46. Оказание неотложной помощи при кровотечении из пораженной раком шейки матки. Профилактика рака шейки матки.
47. Методы диагностики гиперпластических процессов эндометрия.
48. Рак эндометрия. Клиника, стадии распространения, лечение.
49. Морфологическая классификация опухолей яичников. Опухолевидные образования яичников.
50. Серозная цистаденома. Клиника, диагностика, лечение.
51. Муцинозная цистаденома. Клиника, диагностика, лечение.
52. Опухли стромы полового тяжа. Клиника, диагностика, лечение. Особенности течения и лечения их у девочек.
53. Опухоли яичников у девочек. Клиника, диагностика и лечение.
54. Герминогенные опухоли яичников. Клиника, диагностика и лечение. Особенности течения и лечения их у девочек.
55. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника, диагностика, лечение.
56. Рак яичников. Классификация, диагностика, стадии распространения.
57. Вторичный и метастатический рак яичников. Диагностика, тактика ведения.
58. Тактика ведения больных раком яичников.
59. Опухолевидные образования яичников. Тактика ведения.
60. Кисты яичников. Дифференциальная диагностика, лечение.
61. Классификация и этиология воспалительных заболеваний женских половых органов.
62. Кольпиты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
63. Острые воспалительные заболевания придатков матки. Этиология, клиника, диагностика, терапия.
64. Эндомиометрит. Этиология, клиника, диагностика, терапия.
65. Острый пельвиоперитонит. Этиология, клиника, диагностика, терапия.
66. Трихомониаз. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Особенности у девочек.
67. Острая восходящая гонорея. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Хроническая гонорея. Клиника, диагностика, лечение.
69. Методы провокации гонореи.
70. Гонорея. Этиология. Классификация, диагностика. Особенности у девочек.
71. Классификация гонореи. Принципы лечения. Критерии излеченности.
72. Туберкулез половых органов. Классификация, этиология, особенности течения,

диагностика, лечение.

73. Вульвовагиниты у девочек. Классификация, принципы терапии.

74. Особенности течения воспалительных заболеваний половых органов девочек.

75. "Острый живот" в детской гинекологии,

76. Методы обследования девочек при подозрении на опухоль половых органов.

77. Первичная аменорея у девушек (центрального генеза). Клиника, диагностика, терапия.

78. Аменорея яичникового генеза. Клиника, диагностика, терапия.

79. Аменорея надпочечникового генеза. Клиника, диагностика, терапия.

#### **Критерии оценивания устного экзамена:**

- степень полноты, точности, самостоятельности ответов на вопросы и задания из экзаменационного билета;
  - качество изложения программного материала при ответе на основные и дополнительные вопросы экзаменатора;
  - степень владения навыками и приемами решения практических задач;
  - способность увязывать теорию с практикой;
  - использование в ответе материала разнообразных литературных источников
- Окончательная оценка составляет средний балл из суммированных ответов на 3 вопроса

#### **Шкала оценивания:**

Баллы для учета в рейтинге (оценка ответа на экзамене)	Степень удовлетворения критериям
5 баллов «отлично»	Ординатор исчерпывающим образом ответил на вопросы экзаменационного билета. Задача решена правильно, ординатор способен обосновать выбранный способ и пояснить ход решения задачи. При ответе ординатор излагает материал последовательно, четко и логически стройно, способен аргументировать свои утверждения и выводы, привести практические примеры, использует материал разнообразных литературных источников
4 балла «хорошо»	При ответе на вопросы экзаменационного билета ординатором допущены одна-две неточности или несущественные ошибки. Задача решена правильно или ее решение содержало несущественную ошибку, исправленную при наводящем вопросе экзаменатора. При ответе ординатор излагает материал последовательно, четко и логически стройно, способен аргументировать свои утверждения и выводы, привести практические примеры.
3 балла «удовлетворительно»	При ответе на вопросы экзаменационного билета ординатором допущены одна-две существенные ошибки, которые студент исправил при наводящих вопросах экзаменатора. Ответы содержат существенную ошибку, исправленную при наводящем вопросе экзаменатора. Ординатор допускает нарушение логики изложения материала, путается в терминах, демонстрирует слабую способность аргументировать свои утверждения и выводы, привести практические примеры.
2 балла «неудовлетворительно»	При ответе обнаружено непонимание ординатором основного содержания учебного материала или допущены существенные ошибки, которые ординатор не смог исправить при наводящих вопросах экзаменатора.

## Перечень ситуационных задач

### Задача №1

Больная 23 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, с иррадиацией на прямую кишку, возникшие в 1-й день пришедшей в срок менструации, слабость, тошноту, температура тела нормальная. В анамнезе: менструации регулярные, через 30 дней, по 5 дней, болезненные в 1-2 день. От беременности не предохранялась в течение 2 лет, беременностей-0. гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит в течение 3-х лет. Анализ крови: Hb-105 г/л, Leu- 9,6.

При УЗИ обнаружено: тело матки по средней линии, обычной структуры и размеров. Левый яичник не изменён. В правом яичнике определяется образование до 5 см в диаметре, утолщённой, эхопозитивной капсулой, и наличием мелкодисперсной взвеси на фоне повышенного уровня звукопроводимости.

1. Какие заболевания можно заподозрить у больной?

### Задача № 2

Больная 32 лет, поступила с жалобами на боли тянущего характера в нижних отделах живота, скудные кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры до 37,1°C. Менструации регулярные, с 14 лет, через 28 дней по 5 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация в срок, но более скудная, чем обычно, продолжающаяся до настоящего времени. В анамнезе: беременности 2, одна закончилась родами и одна искусственным абортom. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофорит. Заболела остро, когда появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре: живот мягкий, не вздут, несколько болезненный в нижних отделах живота, больше справа, симптомов «раздражения брюшины» нет. При влагалищном осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрическая, не эрозированна, смещение за шейку матки и задний свод влагалища болезненное. Тело матки в anteflexio-versio. Придатки слева тяжистые, чувствительные, справа утолщены, болезненные. Выделения кровянистые, скудные.

1. Для каких заболеваний характерна данная картина?

### Задача № 3

Больная 32 лет, поступила с жалобами на боли тянущего характера в нижних отделах живота, скудные кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры до 37,1°C. Менструации регулярные, с 14 лет, через 28 дней по 5 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация в срок, но более скудная, чем обычно, продолжающаяся до настоящего времени. В анамнезе: беременности 2, одна закончилась родами и одна искусственным абортom. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофорит. Заболела остро, когда появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре: живот мягкий, не вздут, несколько болезненный в нижних отделах живота, больше справа, симптомов «раздражения брюшины» нет. При влагалищном осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрическая, не эрозированна, смещение за шейку матки и задний свод влагалища болезненное. Тело матки в anteflexio-versio. Придатки слева тяжистые, чувствительные, справа утолщены, болезненные. Выделения кровянистые, скудные.

1. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

#### **Задача № 4**

Больная 23 лет предъявляет жалобы на нерегулярные скудные менструации с менархе, избыточный рост волос на теле и лице с периода пубертата. Бесплодие в течение 2 лет при регулярной половой жизни в браке. В 20 лет отмечала немотивированную потерю массы тела (которая восстановилась самостоятельно). Объективно: правильного телосложения, имеет избыточный вес с преимущественным отложением жировой ткани по центральному типу, молочные железы развиты хорошо, лактореи нет, На коже имеются участки гиперпигментации в местах трения, гирсутизм « мягкий ». Наружные половые органы развиты правильно, тело матки и яичники обычных размеров.

1. Какие гормоны следует исследовать для уточнения диагноза в данном случае?

#### **Задача № 5**

Больная 35 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструаций в течение полугода, «приливы» жара до 6 раз в сутки, эмоциональную напряжённость, нарушение сна. В анамнезе: регулярные менструации с 13 лет, роды и медицинский аборт без осложнений. С 30 лет состоит на диспансерном учете в связи с миомой матки. Объективно: правильного телосложения, вес тела в норме, рост волос по женскому типу, молочные железы развиты хорошо, лактореи нет. При гинекологическом осмотре: тело матки несколько увеличено, придатки не изменены, отмечается несвойственная возрасту недостаточная увлажнённость слизистой влагалища.

1. Наиболее вероятный диагноз?

#### **Задача № 6**

Больная 35 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструаций в течении полугода, «приливы» жара до 6 раз в сутки, эмоциональную напряжённость, нарушение сна. В анамнезе: регулярные менструации с 13 лет, роды и медицинский аборт без осложнений. С 30 лет состоит на диспансерном учете в связи с миомой матки. Объективно: правильного телосложения, вес тела в норме, рост волос по женскому типу, молочные железы развиты хорошо, лактореи нет. При гинекологический осмотре: тело матки несколько увеличено, придатки не изменены, отмечается несвойственная возрасту недостаточная увлажнённость слизистой влагалища.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Лечение?

#### **Задача № 7**

Больная 16 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менархе. Из анамнеза: больная профессионально занимается спортивными танцами, поддерживает низкую массу тела. Рост волос на лобке и в подмышечных впадинах начался в 13 лет, тогда же начали увеличиваться молочные железы. Рост 160, вес 40 кг. Половое и аксиллярное оволосение хорошо выражены, гирсутизма нет. Развитие молочных желёз достаточное, отделяемого из сосков нет. Анатомических изменений половых органов не выявлено.

1. Вероятные причины отсутствия менархе?
2. Какой средний вес массы тела необходим для наступления менархе?

### **Задача № 8**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на редкие и скудные менструации, вторичное бесплодие, полидипсию. В анамнезе роды в 24 года, осложнившиеся кровотечением в раннем послеродовом периоде, потребовавшим выполнения ручного обследования полости матки, гемотрансфузии. После родов постепенно прибавила в весе 25 кг. Менструации после родов стали скудными и редкими. Отмечает повышение АД до 170/100 мм.рт.ст. Объективно: избыточного питания, отложение жира по верхнему типу и в виде «фартука» на животе. Щитовидная железа слегка увеличена. Стрии ярко-розового цвета. Симптом «грязных» локтей и шеи. Единичные стержневые волосы вокруг ареол сосков молочных желёз, на средней линии живота. При гинекологическом осмотре патологии нет.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

### **Задача № 9**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на редкие и скудные менструации, вторичное бесплодие, полидипсию. В анамнезе роды в 24 года, осложнившиеся кровотечением в раннем послеродовом периоде, потребовавшим выполнения ручного обследования полости матки, гемотрансфузии. После родов постепенно прибавила в весе 25 кг. Менструации после родов стали скудными и редкими. Отмечает повышение АД до 170/100 мм.рт.ст. Объективно: избыточного питания, отложение жира по верхнему типу и в виде «фартука» на животе. Щитовидная железа слегка увеличена. Стрии ярко-розового цвета. Симптом «грязных» локтей и шеи. Единичные стержневые волосы вокруг ареол сосков молочных желёз, на средней линии живота. При гинекологическом осмотре патологии нет.

1. Какие исследования необходимо выполнить в данном случае?

### **Задача № 10**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на редкие и скудные менструации, вторичное бесплодие, полидипсию. В анамнезе роды в 24 года, осложнившиеся кровотечением в раннем послеродовом периоде, потребовавшим выполнения ручного обследования полости матки, гемотрансфузии. После родов постепенно прибавила в весе 25 кг. Менструации после родов стали скудными и редкими. Отмечает повышение АД до 170/100 мм.рт.ст. Объективно: избыточного питания, отложение жира по верхнему типу и в виде «фартука» на животе. Щитовидная железа слегка увеличена. Стрии ярко-розового цвета. Симптом «грязных» локтей и шеи. Единичные стержневые волосы вокруг ареол сосков молочных желёз, на средней линии живота. При гинекологическом осмотре патологии нет.

1. Какова, по вашему мнению, наиболее вероятная причина бесплодия в данном случае?

### **Задача № 11**

Больная 39 лет. Беременность не наступает в течении 4-х лет регулярной половой жизни без контрацепции. В анамнезе трижды перенесла гонорейный цервицит, а также внематочную беременность справа в возрасте 33 лет. В протоколе операции был отмечен выраженный спаечный процесс в области органов малого таза. В результате дополнительного обследования оказалось, что у больной отмечается не резко выраженная недостаточность жёлтого тела. Оставшаяся маточная труба сохраняет свою проходимость

(по итогам гистеросальпингографии), однако, создаётся впечатление, что пассаж контраста стал возможен лишь при форсированном введении. Муж в настоящее время здоров, однако, ранее лечился до нормализации спермограммы.

1. Наиболее вероятная причина бесплодия?

### **Задача № 12**

Больная 39 лет. Беременность не наступает в течение 4-х лет регулярной половой жизни без контрацепции. В анамнезе трижды перенесла гонорейный цервицит, а также внематочную беременность справа в возрасте 33 лет. В протоколе операции был отмечен выраженный спаечный процесс в области органов малого таза. В результате дополнительного обследования оказалось, что у больной отмечается не резко выраженная недостаточность жёлтого тела. Оставшаяся маточная труба сохраняет свою проходимость (по итогам гистеросальпингографии), однако, создаётся впечатление, что пассаж контраста стал возможен лишь при форсированном введении. Муж в настоящее время здоров, однако, ранее лечился до нормализации спермограммы.

1. Тактика лечения наиболее рациональная в данном случае?

### **Задача № 13**

В женскую консультацию обратилась женщина 53 лет с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше справа. В постменопаузе 2 года. Состоит на диспансерном учёте по поводу миомы матки небольших размеров (год назад при осмотре обнаружена миома матки до 5-6 недель беременности). При настоящем осмотре: тело матки увеличено до 9-10 нед. бер., плотное, подвижное, безболезненное, по правому ребру матки пальпируется образование округлой формы до 6 см в диаметре, ограничено подвижное, болезненное при исследовании. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Шейка матки не эрозированна.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

### **Задача № 14**

В женскую консультацию обратилась женщина 53 лет с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше справа. В постменопаузе 2 года. Состоит на диспансерном учёте по поводу миомы матки небольших размеров (год назад при осмотре обнаружена миома матки до 5-6 недель беременности). При настоящем осмотре: тело матки увеличено до 9-10 нед. бер., плотное, подвижное, безболезненное, по правому ребру матки пальпируется образование округлой формы до 6 см в диаметре, ограничено подвижное, болезненное при исследовании. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Шейка матки не эрозированна. По данным УЗИ обнаружено: тело матки размерами 85-65-46 мм, миометрий неоднородный, в миометрии передней и задней стенки визуализируются узлы миомы округлой формы с плотной капсулой, максимальный из которых межмышечный расположен по задней стенке матки до 50 мм.в диаметре с неоднородной экзогенной структурой, субсерозный, расположенный по правому ребру матки до 60 мм в диаметре с наличием многочисленных кистозных структур. Правый яичник 20-18 мм, левый 22-19 мм, мелкофолликулярной структуры.

1. Наиболее вероятный диагноз?

### Задача № 15

В женскую консультацию обратилась женщина 40 лет с жалобами на сильные боли внизу живота, в паховых областях, бели, повышение температуры до 40 °С, тошноту, жидкий стул. Больна 7 дней, амбулаторно принимала спазмолитические средства и обезболивающие средства с кратковременным эффектом. При осмотре: температура тела 38 °С, пульс 99 в мин., язык сухой, не обложен, живот мягкий, не вздут, болезненный в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При влагалищном исследовании отмечаются гнойные выделения из половых путей, из цервикального канала-Усы ВМК (ВМК 10 лет). При влагалищно-абдоминальной двуручной пальпации тело матки отдельно от придатков не определяется, определяется конгломерат, ограниченно подвижный, плотноэластической консистенции, общими размерами до 12-14 нед. бер. Лейкоциты периферической крови 18 тыс.

1. Диагноз?

### Задача № 16

В женскую консультацию обратилась женщина 40 лет с жалобами на сильные боли внизу живота, в паховых областях, бели, повышение температуры до 40 °С, тошноту, жидкий стул. Больна 7 дней, амбулаторно принимала спазмолитические средства и обезболивающие средства с кратковременным эффектом. При осмотре: температура тела 38 °С, пульс 99 в мин., язык сухой, не обложен, живот мягкий, не вздут, болезненный в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При влагалищном исследовании отмечаются гнойные выделения из половых путей, из цервикального канала-Усы ВМК ( ВМК 10 лет). При влагалищно-абдоминальной двуручной пальпации тело матки отдельно от придатков не определяется, определяется конгломерат, ограниченно подвижный, плотноэластической консистенции, общими размерами до 12-14 нед. бер. Лейкоциты периферической крови 18тыс.

1.Предварительный диагноз?

2.Тактика врача женской консультации?

### Задача № 17

Больная 23 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на сильные боли внизу живота, в паховых областях, бели, повышение температуры тела. Указанная симптоматика появилась около суток назад, сразу после окончания последней менструации, причём боли впервые возникли в месте их настоящей локализации, а кровяные выделения возобновились. При осмотре: температура тела 38 °С, пульс 100 в мин., язык сухой, обложен белым налётом, живот мягкий, с симптомами мышечной защиты в паховых областях. При влагалищном исследовании отмечаются гнойные выделения из половых путей, влагалищно-абдоминальная двуручная пальпация малоинформативна в связи с болезненностью и мышечной защитой, своды чувствительные. Лейкоциты крови 16 тысяч.

1.Тактика врача женской консультации.

2.Предварительный диагноз.

### **Задача № 18**

Больная 22 лет была направлена в стационар с жалобами на незначительные боли тянущего характера в нижних отделах живота, некоторое увеличение живота в объёме. В детстве перенесла плеврит, многократно болела пневмонией. В течении нескольких месяцев перед поступлением в стационар отмечает потливость по ночам, повышение температуры тела до 37,5 °С в вечернее время. Характер менструальной функции не изменился. При осмотре обнаружено опухолевидное образование в правых придатках матки диаметром до 6 см., а также ненапряжённый асцит.

1. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
2. Предварительный диагноз?

### **Задача № 19**

Больная 25 лет обратилась с жалобами на боли в нижних отделах живота в межменструальный период, болезненные менструации, первичное бесплодие. При обследовании по тестам функциональной диагностики – двухфазный менструальный цикл. Муж здоров. В посткоитальном тесте индивидуальной несовместимости супругов не выявлено. При лапароскопии обнаружены множественные очаги наружного эндометриоза на брюшине малого таза, правом яичнике, левый яичник представлен «шоколадной» кистой до 5 см, спаечный процесс выражен, в том числе имеются обширные субовариальные сращения.

1. Какой объём оперативного вмешательства следует выполнить при лапароскопии?

### **Задача № 20**

Больная 25 лет обратилась с жалобами на боли в нижних отделах живота в межменструальный период, болезненные менструации, первичное бесплодие. При обследовании по тестам функциональной диагностики – двухфазный менструальный цикл. Муж здоров. В посткоитальном тесте индивидуальной несовместимости супругов не выявлено. При лапароскопии обнаружены множественные очаги наружного эндометриоза на брюшине малого таза, правом яичнике, левый яичник представлен «шоколадной» кистой до 5 см, спаечный процесс выражен, в том числе имеются обширные субовариальные сращения.

1. Какие схемы лечения можно рекомендовать данной больной после уточнения диагноза?

### **Задача № 21**

В женскую консультацию обратилась больная 48 лет с жалобами на кровянистые выделения из влагалища в течение последних 14 дней, начавшиеся после задержки менструации на 1 месяц. Нарушения менструального цикла стали отмечаться в течение последних 2 лет, когда периодически отмечаются задержки менструации на 10-20 дней, стали появляться приливы до 10 раз в день. Рост больной 165 см., вес 85 кг. АД 170/100 мм.рт.ст., имеет варикозное расширение вен нижних конечностей, посттромбоэмболический синдром. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрическая, не эрозированная, тело матки увеличено до 5-6 нед. бер., плотное подвижное, безболезненное. Придатки не изменены. Выделения кровянистые, умеренные.



### **Задача № 25**

Больная 39 лет в течение 2 дней проходит курс лечения в гинекологическом отделении с диагнозом: «Обострение хронического двустороннего сальпингооофорита с тубоооариальным образованием справа на фоне ВМК». При исследовании пальпируется конгломерат размерами до 20 см., внутриматочная спираль была удалена при поступлении в стационар. На фоне лечения отмечалось некоторое улучшение состояния, однако внезапно появилась острая боль внизу живота больше справа, тошнота, чувство «распирания» и вздутие живота. Температура тела 38,9 С, пульс 100 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот слегка вздут, резко болезненный, симптом Щёткина-Блюмберга положительный. Лейкоциты периферической крови 18 тысяч.

1. Какое осложнение возникло у данной больной?
2. Как поступить в данном случае?
3. Адекватный объём оперативного лечения в данном случае?

### **Задача № 26**

У больной 14 лет все менструации в течение года после менархе были чрезвычайно обильными. Последняя приобрела характер длительного кровотечения и продолжалась 14 дней. При исследовании периферической крови гемоглобин- 85 г/л

1. Какие заболевания следует иметь в виду при дифференциальной диагностике?

### **Задача № 27**

Больная 42 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на общую слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 1,5 года. В анамнезе: 1 роды, 2 аборта, хроническое воспаление придатков матки. Наследственность: мать умерла от рака матки в 56 лет. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании - матка небольших размеров, смещена вправо. Слева и кзади от матки пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование размерами 10-12 см., плотной консистенции. При ректовагинальном исследовании параметральная клетчатка свободна, боковые влагалищные своды нависают.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.

### **Задача № 28**

Больная 42 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на общую слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 1,5 года. В анамнезе: 1 роды, 2 аборта, хроническое воспаление придатков матки. Наследственность: мать умерла от рака матки в 56 лет. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании - матка небольших размеров, смещена вправо. Слева и кзади от матки пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование размерами 10-12 см., плотной консистенции. При ректовагинальном исследовании параметральная клетчатка свободна, боковые влагалищные своды нависают.

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечение.

### Задача №29

Больная 20 лет поступила в стационар с жалобами на приступообразные боли внизу живота, рвоту, учащённое мочеиспускание. Заболела остро на 23 день менструального цикла. При осмотре: живот умеренно вздут, положительные симптомы раздражения брюшины. Пульс 88 в мин., температура тела 37 °С. Гинекологическое исследование: шейка матки не эрозирована, тело матки плотное, подвижное, безболезненное. Справа и слева от матки пальпируется образование 6 на 6 см, тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении. Слева придатки не определяются. Своды глубокие. Выделения слизистые.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза.
3. Рациональная тактика лечения.

### Задача № 30

Больная 55 лет, обратилась с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затруднённое мочеиспускание, ощущение «инородного тела» во влагалище. Указанная симптоматика усугубляется при движении, подъёме тяжести, кашле. В анамнезе: 1 роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности 2 степени, 2 аборта без осложнений, соматически неотягощена. Постменопауза 4 года. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, половая щель зияет. Имеется расхождение ножек леваторов. При натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки, передняя и задняя стенки матки опущены.

1. Диагноз?
2. Лечение.

### Задача № 31

В отделение интенсивной терапии роддома доставлена беременная в бессознательном состоянии, развившемся после серии судорожных приступов. По данным обменной карты срок беременности 36 недель. Объективно: состояние тяжёлое, сознание отсутствует, на внешние раздражители не реагирует, корнеальный и зрачковый рефлекс отсутствуют. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, выраженные генерализованные отёки туловища, лицо одутловато. Пульс 108 уд в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 150/100 и 180/120 мм рт ст. ЧДД 42 в минуту. Живот увеличен за счёт беременности. Печень увеличена в размерах - на 7 см ниже рёберной дуги. Матка в нормотонусе симметрична, ВДМ -28 см, ОЖ- 89 см. положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение 158 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Патологических выделений из половых путей нет. По катетеру редкими каплями отделяется моча тёмного цвета (почасовой диурез 10 мл). При влагалищном исследовании (выполнено под масочным наркозом): влагалище нерожавшей, шейка матки по проводной оси таза длиной 3 см, плотная на всём протяжении, цервикальный канал закрыт. Через своды определяется предлежащая часть – головка.

1. Диагноз?
2. План родоразрешения?

### Задача № 32

В родильное отделение доставлена роженица с жалобами на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, схваткообразные боли внизу живота. Настоящая беременность 5, срок-39 недель. В анамнезе: одни физиологические роды, 3 медицинских аборта. С 30 недель настоящей беременности отмечает отёки, повышение АД до 150/100 мм рт ст. Лечение не получала. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, генерализованные отеки. Пульс 92 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 180/100-175/120 мм рт ст. ЧДД - 20 в минуту. Родовая деятельность в течении 6 часов, схватки через 3-4 минуты по 40-45 секунд, умеренной силы и болезненности. Вне схватки матка расслабляется полностью, базальный тонус нормальный. ВДМ – 36 см, ОЖ – 95 см. положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в минуту. Патологических выделений из влагалища нет. Данные влагалищного исследования (выполнено под масочным наркозом): влагалище рожавшей, ёмкое. Шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, растяжимые, открытие 8-9 см. плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата к входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева. Ёмкость таза удовлетворительная.

1. Диагноз?
2. План родоразрешения?

### Задача № 33

К участковому терапевту обратилась беременная с жалобами на боль в подложечной области, тошноту, неоднократную рвоту, слабость. Срок беременности 35 недель. При объективном обследовании выявлено наличие генерализованных отёков, повышение АД до 170/100-180/110 мм рт ст.

1. Укажите вероятный диагноз.
2. Укажите перечень заболеваний, с которыми нужно проводить дифдиагностику.
3. Врачебная тактика.

### Задача № 34

Повторнобеременная 38 лет, доставлена в родильное отделение машиной скорой помощи, с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, появившиеся внезапно, среди полного благополучия, слабость, головокружение. Со слов, пациентки кровопотеря составила 400 мл, продолжается. Настоящая беременность 7, срок 32 недели беременности. В анамнезе: 2-е физиологических родов, 4 артифициальных аборта, последний осложнился задержкой частей плодного яйца, острым эндометритом. Объективно - состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, влажные, холодные, акроцианоз. Пульс 100 в минуту, АД 90/50 мм рт ст. ЧДД- 28 в минуту, родовой деятельности нет, матка в нормотонусе, ВДМ – 32 см, ОЖ – 86 см. положение плода продольное, головное, головка высоко над входом в таз, сердцебиение плода 180 в минуту, глухое. Осмотр в операционной: в зеркалах - слизистая влагалища и шейка матки без патологии, шейка матки до 3 см, цилиндрической формы, зев щелевидный, из цервикального канала вытекает струйкой алая кровь.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Составьте план родоразрешения.

### Задача № 35

Первобеременная 17 лет, поступила в отделение патологии беременных для подготовки к родам и родоразрешения. Соматический анамнез не отягощён. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений, срок 41-42 недели. Объективно: беременная правильного телосложения, конституциональный тип - астенический, пониженного питания. Рост 154 см, масса тела 56 кг. Размеры таза: 23-26-28-18 см, живот увеличен за счёт беременности, матка в нормотонусе. ВДМ 39 см, ОЖ 98 см, положение плода продольное. Над входом в малый таз определяется крупная, мягкая, небаллотирующая часть плода, в дне матки определяется головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 в минуту.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования и родоразрешения.

### Задача № 36

Повторнородящая 27 лет доставлена в родильное отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, в объёме около 150 мл, схваткообразные боли внизу живота. Настоящая беременность 8, доношенная. В анамнезе: 2 родов и 5 искусственных аборта, 2 из которых осложнились острым эндометритом. При настоящей беременности дважды в сроке 30 и 34 недели отмечались кровянистые выделения из половых путей в незначительном количестве, в стационар не обращалась. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, тёплые. Пульс 82 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 125/75 мм.рт.ст. ЧДД - 18 в минуту. Родовая деятельность в течение 5 часов, воды не отходили. Схватки по 40-45 секунд через 3-4 минуты, умеренной силы и болезненности, вне схватки матка расслабляется полностью, базальный тонус нормальный, ВДМ 36 см, ОЖ 96 см. положение плода продольное, головное, сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 в минуту. Из половых путей кровянистые выделения в умеренном количестве алой кровью. В зеркалах: шейка сглажена, маточный зев зияет, края его не изменены, пролабирует плодный пузырь, справа видна губчатая ткань. Влагалищное исследование (при развёрнутой операционной): шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, растяжимые, открытие 7-8 см. Плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Справа рядом с головкой плода определяется губчатая ткань. Емкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план родоразрешения.

### Задача № 37

Повторнобеременная 27 лет доставлена в родильное отделение с жалобами на выраженные боли в животе, распирающего характера, слабость, головокружение, умеренные кровянистые выделения из половых путей. С 25 лет страдает гломерулонефритом в латентной форме. В анамнезе: 1 физиологические роды и 2 медицинских аборта. Настоящая беременность 4, срок её 36 недель. При сроке беременности 30 недель появились нарастающие отёки нижних конечностей, передней брюшной стенки, стойкое повышение АД до 160/110 мм рт ст. В анализах мочи определялась протеинурия. Лечение не получала. Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы влажные, холодные, видимые слизистые бледные, акроцианоз, пульс 114

в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 85/55 и 90/60 мм рт ст. дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 30 в минуту. Матка в гипертонусе, ассиметричная, болезненная при пальпации во всех отделах, резко - в месте выпячивания. ВДМ 35 см, ОЖ 90 см. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей умеренные кровянистые выделения. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без патологии, из цервикального канала кровянистые выделения тёмного цвета в умеренном количестве. Бимануально: шейка матки отклонена к крестцу, выводится с трудом, длиной до 3 см, плотная, наружный зев закрыт.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план родоразрешения.

### **Задача № 38**

В отделение патологии поступила первобеременная 33 лет для подготовки к родам и родоразрешения. Соматический диагноз неотягощён. Менархе в 16 лет, в дальнейшем стойкое нарушение менструальной функции с характером опсо-олигоменореи. Проводилась длительная коррекция менструальной функции с относительным эффектом. Первичное бесплодие в течение 8 лет, беременность первая, протекала без осложнений, срок 40 недель. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 80 в минуту, удовлетворительное, АД 150/70 мм рт ст. матка имеет форму поперечно вытянутого овоида, ВДМ 32 см, ОЖ 104 см. размеры таза: 25-28-31-20 см. При наружном исследовании определяются 2 крупные части на уровне пупка. Над входом в малый таз предлежащая часть плода не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки расположена по проводной оси таза, длиной до 2 см, ткани её мягкие, цервикальный канал проходим для 1,5-2 см, плодные оболочки целы. Предлежащая часть не определяется, ёмкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план обследования и родоразрешения.

### **Задача № 39**

Первобеременная 20 лет, срок беременности 25 недель, жалуется на повышение температуры тела, озноб, слабость, головную боль, боль в поясничной области справа с иррадиацией в верхнюю часть живота, паховую область, правое бедро.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите перечень заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

### **Задача № 40**

Первобеременная 36 лет, поступила в отделение патологии беременных для подготовки к родоразрешению. В анамнезе с 11 лет страдает тяжёлой формой сахарного диабета. В течение последних 10 лет неоднократно отмечалась отслойка сетчатки обоих глаз, прогрессивное снижение зрения. 2 года назад в связи с вторичной глаукомой, выполнена энуклеация правого глазного яблока. Срок беременности 35 недель, в течение её отмечались патологические состояния: в первом триместре – гипергликемия, в течение последнего месяца - нарастающие отеки нижних конечностей и туловища, повышение АД до 150/100 и 160/110 мм рт ст. Трижды за беременность находилась на лечении в эндокринологическом отделении, проводилась коррекция гипергликемии, подбор доз инсулина. Объективно: состояние средней тяжести, жалобы на жажду, сухость во рту,

отёки, кожные покровы обычной окраски, тёплые, сухие, на нижних конечностях участки пигментации – следы трофических язв. На нижних конечностях и передней брюшной стенке выраженные отёки, пульс 92 в минуту, АД 160/110 мм рт ст. ЧДД 18 в минуту. Живот увеличен за счёт беременности, имеются признаки выраженного многоводия. Пальпация частей плода затруднена. ОЖ 105 см, ВДМ 42 см. положение плода продольное, головное, головка подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 в минуту. Размеры таза: 23-26-29-18 см. При влагалищном исследовании: шейка матки расположена по проводной оси таза, укорочена до 1,5 см, цервикальный канал проходим для 2 см. плодные оболочки целы. Предлежит головка высоко над входом в малый таз. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см, ёмкость таза уменьшена.

1. Сформулируйте диагноз.
2. План родоразрешения.

### **Задача № 41**

Первородящая 21 год, доставлена в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. В анамнезе: с 14 лет страдает ревматизмом, сформировался порок сердца. На диспансерном учете по основному заболеванию не состоит. Настоящая беременность первая, на учете в женской консультации с 7 недель беременности, в момент поступления срок беременности 40 недель. В «критические» сроки беременности профилактическое лечение по поводу сердечной патологии не проводилось. В течение последнего месяца отмечает сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, кашель, кровохарканье. Объективно: общее состояние тяжелое, положение вынужденное – полусидячее. Жалуется на удушье, чувство нехватки воздуха, учащенное сердцебиение, кашель с пенистой мокротой. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, над верхушкой хлопающий первый тон, диастолический шум. ЧСС 108 в минуту. ЧДД 30 в минуту, дыхание клокочущее, над всей поверхностью легких влажные, звонкие, крупнокалиберные хрипы. Печень увеличена. Родовая деятельность в течении 5 часов, воды не отходили, схватки умеренной силы и болезненности по 40-45 секунд, через 3-4 минуты, вне схватки матка расслабляется полностью. Положение плода продольное, головное, сердцебиение ритмичное, приглушенное, 160 в минуту. Размеры таза: 25-28-30-21. патологических выделений из гениталий нет. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края зева тонкие, мягкие, растяжимые, открытие 5-6 см., плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Ёмкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования

### **Задача № 42**

Первородящая 21 год, доставлена в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. В анамнезе: с 14 лет страдает ревматизмом, сформировался порок сердца. На диспансерном учете по основному заболеванию не состоит. Настоящая беременность первая, на учете в женской консультации с 7 недель беременности, в момент поступления срок беременности 40 недель. В «критические» сроки беременности профилактическое лечение по поводу сердечной патологии не проводилось. В течение последнего месяца отмечает сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, кашель, кровохарканье. Объективно: общее состояние тяжелое, положение вынужденное – полусидячее. Жалуется на удушье, чувство нехватки воздуха, учащенное сердцебиение, кашель с пенистой мокротой. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Тоны сердца

приглушены, над верхушкой хлопающий первый тон, диастолический шум. ЧСС 108 в минуту. ЧДД 30 в минуту, дыхание kloкочущее, над всей поверхностью легких влажные, звонкие, крупнокалиберные хрипы. Печень увеличена. Родовая деятельность в течении 5 часов, воды не отходили, схватки умеренной силы и болезненности по 40-45 секунд, через 3-4 минуты, вне схватки матка расслабляется полностью. Положение плода продольное, головное, сердцебиение ритмичное, приглушенное, 160 в минуту. Размеры таза: 25-28-30-21. патологических выделений из гениталий нет. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края зева тонкие, мягкие, растяжимые, открытие 5-6 см., плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Ёмкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план родоразрешения

#### **Задача № 43**

Беременная 23 лет, поступила в родильное отделение с жалобами на отсутствие шевеления плода в течение 2 суток. В анамнезе: с 15 лет страдает тяжелой формой сахарного диабета, получает высокие дозы инсулина. Настоящая беременность третья, срок её 38 недель, 2 предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами в ранние сроки. В течение настоящей беременности сахар крови колебался в пределах 14-18 ммоль/л, сахар в моче до 2%, реакция на ацетон положительная. Последние 2 недели беспокоят жажда, повышенный аппетит, сухость во рту, отеки нижних конечностей. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. Пульс 80 в минуту. АД 140/90 мм рт ст. ЧДД 18 в минуту. ОЖ 100 см. ВДМ 39 см. матка возбудима, безболезненная. Имеется выраженное многоводие. Пальпация частей плода затруднена. Высоко над входом в малый таз определяется головка небольших размеров. Сердцебиение плода не выслушивается. Патологических выделений из половых путей нет. При вагинальном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки по проводной оси таза, укорочена до полутора см, края её мягкие, цервикальный канал проходим для 3 см. плодные оболочки целы, выраженное многоводие. Предлежит головка высоко над входом в малый таз, легко отталкивается при исследовании. Ёмкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.

#### **Задача № 44**

Беременная 23 лет, поступила в родильное отделение с жалобами на отсутствие шевеления плода в течение 2 суток. В анамнезе: с 15 лет страдает тяжелой формой сахарного диабета, получает высокие дозы инсулина. Настоящая беременность третья, срок её 38 недель, 2 предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами в ранние сроки. В течение настоящей беременности сахар крови колебался в пределах 14-18 ммоль/л, сахар в моче до 2%, реакция на ацетон положительная. Последние 2 недели беспокоят жажда, повышенный аппетит, сухость во рту, отеки нижних конечностей. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. Пульс 80 в минуту. АД 140/90 мм рт ст. ЧДД 18 в минуту. ОЖ 100 см. ВДМ 39 см. матка возбудима, безболезненная. Имеется выраженное многоводие. Пальпация частей плода затруднена. Высоко над входом в малый таз определяется головка небольших размеров. Сердцебиение плода не выслушивается. Патологических выделений из половых путей нет. При вагинальном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки по проводной оси таза, укорочена до полутора см,

края её мягкие, цервикальный канал проходим для 3 см. плодные оболочки целы, выраженное многоводие. Предлежит головка высоко над входом в малый таз, легко отталкивается при исследовании. Ёмкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план родоразрешения.

#### **Задача № 45**

Первобеременная 19 лет находится в отделении патологии беременных в течение 3 суток. Соматический анамнез не отягощен. Течение беременности до поступления в стационар без осложнений, срок беременности 35 недель. При поступлении жаловалась на общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 39,5 С, ознобы. Проведенная в течение 3 суток антибактериально - инфузионная терапия без эффекта, состояние беременной ухудшается - к указанным симптомам присоединились боли в поясничной области справа с иррадиацией в верхнюю часть живота, паховую область, бедро. Беспокоит тошнота, отмечалась многократная рвота, олигоурия. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные с иктеричным оттенком. Сухие. Температура тела 39,2 С. Пациентка вялая, адинамичная, заторможенная. Пульс 104 в минуту. АД 100/60 мм рт ст. ЧДД 26 в минуту, дыхание поверхностное, везикулярное. симптом Пастернацкого резко положительный справа. При пальпации выявлено напряжение и болезненность мышц живота справа, болезненность в области задней и передней верхних «мочеточниковых» точек. ОЖ 93 см. ВДМ 35 см. матка в нормотонусе. Положение плода продольное, головное, сердцебиение ясное, ритмичное 132 в минуту. Патологических выделений из гениталий нет. Суточный диурез-500 мл.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения заболевания.
3. Составьте план ведения беременной.

#### **Задача № 46**

В женскую консультацию обратилась первобеременная при сроке беременности 35 недель с жалобами на выраженную желтуху, мучительную изжогу, тошноту, многократную рвоту содержимым цвета «кофейной гущи», снижение диуреза, слабость, головную боль, беспокойство. Заболела остро 2 дня назад, указанные выше симптомы прогрессируют.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите перечень заболеваний, с которыми нужно проводить дифдиагностику.
3. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
4. Определите врачебную тактику.

#### **Задача № 47**

В консультацию обратилась беременная 20 лет с жалобами на слабость, тошноту, вздутие кишечника, повышение температуры тела до 38 С, боли в суставах, мышцах, кожный зуд. Указанные симптомы появились 7 дней тому назад. Последние 2 дня отмечает нарастание желтухи, тёмное окрашивание мочи, обесцвечивание кала. Эпидокружение неблагоприятно – контакт с больным вирусным гепатитом. Настоящая беременность 1, срок 28 недель, течение до настоящего времени без осложнений. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы, склеры, слизистая твёрдого нёба желтушные, на коже следы расчесов. Пульс 66 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 100/60 мм ртст , ЧДД 18 в минуту, глубокое, ритмичное.

ОЖ 87 см. ВДМ 29 см. Матка в норматонусе. Положение плода продольное, головное, сердцебиение ясное, ритмичное 130 в минуту. Печень увеличена, край её плотный, болезненный, на 3 см ниже рёберной дуги. Селезёнка не определяется, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 1200 мл, цвет мочи тёмный. Вагинально: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, края плотные на всем протяжении, цервикальный канал закрыт. Через своды определяется головка небольших размеров.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования и ведения беременной.
3. Определите план лечения.

#### **Задача № 48**

В отделение патологии беременных доставлена пациентка 30 лет с жалобами на боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, слабость, тошноту, рвоту. Больна в течение суток. Срок беременности 35-36 недель.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите перечень заболеваний, с которыми необходимо проводить дифдиагностику.
3. План обследования.
4. Врачебная тактика.

#### **Задача № 49**

Родильница 30 лет, 2 сутки после операции кесарева сечения. В анамнезе: настоящая беременность 3, осложнилась гестационным пиелонефритом, кольпитом. Течение родов осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод, дискоординацией родовой деятельности. Продолжительность безводного промежутка составила 16 ч, 1 периода родов 12 часов. Родоразрешена путем операции кесарева сечения в связи с формированием клинически узкого таза, обусловленного неправильного вставления головки. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, лицо гиперимировано, пульс 120 в минуту, АД 100/60 мм ртст, температура 38,6 С, ЧДД 28 в минуту, дыхание поверхностное. Язык сухой, обложен. Живот вздут во всех отделах, в акте дыхания не участвует. Печень не увеличена, селезёнка не определяется. Передняя брюшная стенка умеренно напряжена, симптом Щеткина положительный во всех отделах, свободная жидкость во всех отделах не определяется. Перистальтика кишечника не выслушивается. Рана на брюшной стенке в удовлетворительном состоянии, дно матки на 20 см выше лона, матка резко болезненна во всех отделах. Выделения из влагалища сукровичные, мутные с неприятным запахом. Вагинально: шейка матки цилиндрической формы, длиной до 3 см. цервикальный канал проходим для 3 см. тело матки соответствует 18 неделям беременности, мягкой консистенции, болезненной при пальпации. Придатки не определяются, область их болезненна. Задний свод уплощен. Параметрии свободны, выделения мутные с неприятным запахом.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите врачебную тактику и план лечения.

### Задача № 50

В отделение интенсивной терапии доставлена беременная 33 лет с жалобами на сильные острые боли опоясывающего характера, слабость, головокружение, тошноту, многократную рвоту. Настоящая беременность 5, срок её 35-36 недель, протекала без осложнений. Больной считает себя в течение 2 суток. В анамнезе: 2-е физиологических родов, 2 искусственных аборта. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, температура 37,4 С, кожные покровы бледные, холодные, с иктеричным оттенком. На боковых поверхностях живота и вокруг пупка подкожные кровоизлияния. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 94 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 90/60 мм рт. ст. дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в минуту. Язык сухой, обложен белым налётом. Пальпация живота резко болезненна в эпигастрии, подреберьях. Отмечается кожная гиперестезия. Живот вздут в верхних отделах, там же определяются симптомы мышечной защиты и положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Печень не увеличена, селезёнка не определяется. Матка в нормотонусе, при пальпации не возбудима, безболезненна. ВДМ 36 см, ОЖ 90 см. положение плода продольное, головное. Сердцебиение ясное, ритмичное, 138 в минуту. Патологических выделений из гениталий нет. Вагинально: влагалище рожавшей. Шейка матки по проводной оси таза длиной 3 см, ткани её умеренной плотности, наружный зев закрыт. Через своды определяется предлежащая головка. Ёмкость таза удовлетворительная

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Наметьте план лечения и врачебную тактику.

### Задача № 51

Родильница 29 лет, 3 сутки после операции кесарева сечения, выполненной на фоне длительного безводного промежутка, жалуется на повышение температуры тела до 38,5 С, тахикардию, прогрессирующее вздутие кишечника, задержку газов, боль по всему животу.

1. Сформулируйте вероятный диагноз.
2. Укажите перечень заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования, определите врачебную тактику.

### Задача № 52

Родильница 22 лет, на 23 сутки послеродового периода доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Соматический диагноз отягощен: тонзиллитом, хроническим пиелонефритом, обострившимися во время настоящей беременности. Родоразрешена путем операции кесарева сечения в связи с аномалией родовой деятельности. Послеоперационный период осложнился эндомиометритом, получала интенсивную терапию, выписана на 18 сутки послеродового периода в удовлетворительном состоянии. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. повышение температуры до 39 С, озноб, слабость, боли в грудной клетке справа, кашель с мокротой. Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные с серым оттенком. На коже лица и верхних конечностей геморрагическая мелкоочечная сыпь. Цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Температура тела 39,2 С. Пульс 120 в минуту, слабого наполнения. АД 105/60 мм рт. ст. ЧДД 32 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Над всей поверхностью правого лёгкого жесткое дыхание, в нижних отделах множество мелкокалиберных влажных хрипов. При перкуссии справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Печень на 1,5 см ниже края рёберной дуги, плотная, болезненная. Селезёнка

увеличена в размерах. Живот не вздут, в акте дыхания участвует всеми отделами, при пальпации безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика кишечника активная, газы отходят. Вагинально: шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, из цервикального канала гнойные выделения. Цервикальный канал проходим для 2 см. Тело матки увеличено до 9-10 недель беременности, мягковатой консистенции, болезненно при пальпации. Придатки не определяются, область их безболезненна. Своды глубокие, Параметрии свободны.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Наметьте врачебную тактику и план лечения.

### Задача № 53

Родильница 28 лет, 14 сутки послеродового периода, жалуется на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38 С, ознобы, гнойные выделения из половых путей, слабость, отсутствие аппетита, головную боль. Указанные симптомы появились 5 суток тому назад, последние сутки отмечается ухудшение состояния. В анамнезе: беременность первая, течение её осложнилось железодефицитной анемией, кольпитом, гестационным пиелонефритом с острым течением. Роды осложнились разрывом шейки матки 2 степени, частичным плотным прикреплением плаценты (производилось ручное отделение плаценты, выделение последа), патологической кровопотерей (проводилась гемотрансфузия). Выписана на 7 сутки послеродового периода с умеренно выраженной анемией. Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные с серо-желтушным оттенком, на коже живота и конечностях мелкоточечная геморрагическая сыпь. Температура тела 39,2 С, пульс 116 в минуту, слабого наполнения и напряжения, АД 110/60 мм рт ст. Над лёгкими жёсткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 28-30 в минуту. Язык сухой, обложен коричневатым налётом. Край печени на 4 см ниже рёберной дуги, плотный, болезненный. Селезёнка увеличена в размерах. Живот не вздут, участвует в акте дыхания всеми отделами, болезненный при пальпации, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника активная. Дно матки за лоном, выделения гнойные. Вагинально: шейка матки цилиндрической формы, слева определяется разрыв, ушитый 3 кетгутовыми швами, края разрыва с гнойным налётом. Наружный зев щелевидный, из цервикального канала обильные гнойные выделения. Канал проходим за внутренний зев до 2 см. тело матки увеличено до 10-11 недель беременности, мягкой консистенции, болезненна при пальпации, придатки не определяются, область их безболезненна, своды глубокие, Параметрии свободные.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите врачебную тактику, наметьте план лечения.

### Задача № 54

Повторнобеременная 36 лет доставлена машиной скорой помощи в родильное отделение с жалобами на резкую боль в эпигастральной области, слабость, головокружение, неоднократную рвоту содержимым цвета кофейной гущи. Анамнез отягощен язвенной болезнью желудка (в течение 5 лет), с частыми обострениями. Настоящая беременность 4, срок её 38 недель, предыдущие беременности завершились физиологическими родами и 2 искусственными абортами без осложнений. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, влажные, холодные, акроцианоз. Пульс 118 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 90/50 мм рт ст. Над лёгкими везикулярное дыхание, ЧДД 28 в минуту, поверхностное. Живот увеличен за счет

беременности, болезненный во всех отделах, резко – в верхних. Передняя брюшная стенка напряжена, симптом Щеткина положительный во всех отделах. Матка в нормотонусе, безболезненна. ВДМ 37 см, ОЖ 92 см. Положение плода продольное, головное, сердцебиение приглушенное, ритмичное 150 в минуту, патологических выделений из гениталий нет. Вагинально: влагалище рожавшей, шейка матки по проводной оси таза, укорочена до 1,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 3 см. Плодные оболочки определяются. Ёмкость таза удовлетворительная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план родоразрешения и лечения экстрагенитальной патологии.

### Задача № 55

Родильница 24 лет поступила в гинекологическое отделение на 12 сутки после родов с жалобами на повышение температуры тела до 38 С, потрясающий озноб, боли внизу живота, гнойные выделения из гениталий. Указанные симптомы появились 2 суток тому назад, последние сутки состояние резко ухудшилось. В анамнезе: течение беременности осложнилось поздним гестозом, кольпитом, гестационным пиелонефритом. В родах – преждевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности (родостимуляция). В раннем послеродовом периоде – гипотоническое кровотечение (ручное обследование полости матки, гемотрансфузия). Безводный промежуток 20 часов, продолжительность родов 10 часов. Объективно: состояние тяжёлое. Светобоязнь, одышка. В сознание, но заторможена, на вопросы отвечает неадекватно. Кожные покровы бледные с иктеричным оттенком, влажные, кожа нижних конечностей мраморно-цианотична, цианоз носогубного треугольника. Температура тела 35,4 С, тоны сердца приглушены с единичными экстрасистолами. Пульс 118 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/40 мм ртст, дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, влажные хрипы. ЧДД 38 в минуту, поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры. Язык обложен налётом, влажный. Печень на 3 см ниже края рёберной дуги, болезненна, симптомов раздражения брюшины нет, селезёнка не определяется. Перистальтика кишечника активная, тимпанит над всей поверхностью. Моча выведена по катетеру, тёмно-коричневого цвета, почасовой диурез 10 мл в час. Вагинально: шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал проходим для 2 см за внутренний зев. Тело матки увеличено до 9-10 недель беременности, мягковатой консистенции, болезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, области их безболезненна. Своды на обычном уровне, Параметрии свободны.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите врачебную тактику, наметьте план лечения.

### Задача № 56

Повторнородящая, 2 период родов, лицевопредлежание, головка большим сегментом в малом тазу, подбородок слева с тенденцией в малый косой размер.

1. Тактика ведения.

### Задача № 57

Повторнородящая 27 лет жалуется на кровянистые выделения из половых путей в объеме около 150 мл, схваткообразные боли внизу живота. Настоящая беременность 8, доношенная, в анамнезе: 2 срочных родов и 5 искусственных абортов. Объективно: кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. Пульс 82 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 125/75 мм ртст, ЧДД 18 в минуту. Родовая деятельность в течение 5 часов, воды не отходили. Схватки по 40-45 секунд, через 3-4 минуты, умеренной силы и болезненности, вне схватки матка расслабляется полностью. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение ясное, ритмичное 132 в минуту. Из половых путей выделения кровянистые в умеренном количестве алой кровью.

1. Ваша тактика?

### Задача № 58

Повторнобеременная 38 лет поступила в отделение патологии беременных с жалобами на слабость, потерю массы тела, отсутствие аппетита, периодически возникающее темные кровянистые выделения из половых путей (чаще после физической нагрузки). Больной себя считает в течение 2 месяцев. Настоящая беременность 9, срок её 34-35 недель. В анамнезе: 5 физиологических родов и 3 медицинских аборта. Из гинекологических заболеваний отмечает псевдоэрозию шейки матки, по поводу чего 3 года тому назад выполнена диатермокоагуляция. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, с сероватым оттенком, тургор ткани снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 110/60 мм ртст, ЧДД 18 в минуту. Печень не увеличена, селезенка не определяется. ОЖ 86 см, ВДМ 35 см. Размеры таза нормальные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 в минуту, положение плода продольное, головное предлежание. В зеркалах: шейка матки резко гипертрофирована, замещена опухолевидным образованием, распространяющимся на задний свод с неровной, легко травмирующейся и кровоточащей поверхностью. На передней губе шейки матки кратерообразная язва в диаметре до 3 см с «подрытыми» краями и гнойным некротическим налётом.

1. Сформулируйте диагноз.

### Задача № 59

Повторнобеременная 38 лет поступила в отделение патологии беременных с жалобами на слабость, потерю массы тела, отсутствие аппетита, периодически возникающее темные кровянистые выделения из половых путей (чаще после физической нагрузки). Больной себя считает в течение 2 месяцев. Настоящая беременность 9, срок её 34-35 недель. В анамнезе: 5 физиологических родов и 3 медицинских аборта. Из гинекологических заболеваний отмечает псевдоэрозию шейки матки, по поводу чего 3 года тому назад выполнена диатермокоагуляция. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, с сероватым оттенком, тургор ткани снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 110/60 мм ртст, ЧДД 18 в минуту. Печень не увеличена, селезенка не определяется. ОЖ 86 см, ВДМ 35 см. Размеры таза нормальные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 в минуту, положение плода продольное, головное предлежание. В зеркалах: шейка матки резко гипертрофирована, замещена опухолевидным образованием, распространяющимся на задний свод с неровной, легко травмирующейся и кровоточащей поверхностью. На передней губе шейки матки кратерообразная язва в диаметре до 3 см с «подрытыми» краями и гнойным некротическим налётом.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план родоразрешения.

### Задача № 60

В родильное отделение доставлена роженица в 1 периоде 3 срочных родов. В анамнезе 2 срочных родов и 3 искусственных аборта без осложнений. Объективно: состояние роженицы средней степени тяжести, ведет себя беспокойно, мечется, кричит, жалуется на болезненные схватки и боли внизу живота вне схватки. Кожные покровы бледные, лицо гиперемировано, пульс 96 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 130/90 мм рт.ст. родовая деятельность в течение 6 часов, безводный промежуток 5 часов. Схватки через 2 минуты по 40-45 секунд, болезненные, вне схватки матка расслабляется не полностью, имеет неправильную седловидную форму, нижний сегмент резко болезнен при пальпации. На уровне пупка определяется контрационное кольцо. На уровне пупка определяются 2 крупные части плода, сердцебиение прослушать не удаётся. Из влагалища свисает ручка плода синевато-багрового цвета. Мочевой пузырь переполнен, катетеризация его затруднена. При вагинальном исследовании – открытие шейки матки до 9 см, во входе в малый таз определяется вколоченное плечико плода, во влагалище – отёчная ручка.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план родоразрешения.

#### Критерии оценки:

- Отлично – обучающийся правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.
- Хорошо – обучающийся правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
- Удовлетворительно – обучающийся ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.
- Неудовлетворительно – обучающийся не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Ответ выпускника выслушивается всеми членами ГЭК. С целью объективного оценивания знаний выпускника ему могут задаваться дополнительные и (или) уточняющие вопросы. Ответ выпускника оценивается в большей степени по основным вопросам билета. Каждый член ГЭК оценивает ординатора отдельно. Оценка выставляется в соответствии с критериями по принятой пятибалльной системе. Итоговая оценка определяется по окончании государственного экзамена, где члены ГЭК обсуждают и оценивают ответы ординаторов на закрытом заседании. По окончании заседания результаты объявляются Председателем ГЭК. Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения.

По результатам государственного экзамена выпускник ординатуры имеет право на апелляцию. Передача государственного экзамена с целью повышения положительной оценки не допускается. Выпускник имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются

председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии.

### **2.2.2 Использование учебников, пособий и средств связи.**

Использование учебников, и других пособий не допускается. Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

### **2.2.3 Рекомендуемая литература**

При подготовке к государственному экзамену ординатору выдается список основной и дополнительной литературы по дисциплинам государственного экзамена.

Основная:

1. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации/под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. —Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2014. —1024 с. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427576.html>

2. Акушерство: учебник/Э. К. Айламазян [и др.]. —Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. —704 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html>

3. Акушерство: учебник/Г. М. Савельева [и др.]. —Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. —656 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html>

Дополнительная:

1. Акушерство и гинекология: учебное пособие/Н. Ф. Хакер, Д. К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел ; под ред. Э. К. Айламазяна. —Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012 Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2361.html>

2. Схемы лечения. Акушерство и гинекология: [справочник]/ред. В. Н. Серов ; ред. Г. Т. Сухих ; ред., сост. Е. Г. Хилькевич. —Москва: Издательство Литтерра, 2013. —384 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500740.html>

3. Акушерство: руководство к практическим занятиям : учебное пособие для студентов медицинских вузов/ред. В. Е. Радзинский. —Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 728 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432501.html>

4. Акушерство: национальное руководство/под ред. Э. К. Айламазян [и др.]. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. —1200 с. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423349.html>

Составитель – к.м.н., доцент кафедры Акушерства и гинекологии Ботова Е.А.

Программа обсуждена на заседании кафедры последипломного образования от «12» марта 2019 года, протокол № 3.