

Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
АКУШЕРСТВО И ГИЕНЕКОЛОГИЯ**

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.)

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Перечень вопросов к экзамену

1. Современные представления о нормальном менструальном цикле и его регуляции.
2. Понятие о норме беременности. Изменения в организме беременной по органам и системам.
3. Структура и организация работы женской консультации в современной России. Ведение нормальной беременности в условиях женской консультации.
4. Диагностика ранних сроков беременности в современных условиях. Признаки беременности. Способы определения срока беременности и родов, даты предоставления отпуска по беременности и родам.
5. Методы обследования беременных и рожениц. Наружное акушерское исследование. Приемы Леопольда. Тахоизмерение. Аускультация сердечной деятельности плода.
6. Рвота беременных. Клиника, диагностика, лечение.
7. Костный таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плоскости и размеры таза.
8. Плод как объект родов. Размеры головки плода. Признаки зрелости новорожденного.
9. Акушерская терминология: членорасположение, положение, предлежание, позиция, вид позиции.
10. Отношение головки к плоскостям таза. Понятие о сегментах головки.
11. Структура и организация работы современных родовспомогательных учреждений в России. Трехуровневая система организации родовспоможения. Стратификация риска и маршрутизация беременных.
12. Современные представления о причинах развития и регуляции родовой деятельности.
13. Понятие о нормальных и физиологических родах. Периоды родов и их продолжительность. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам.
14. Первый период родов. Характеристика. Ведение первого периода родов в соответствии с новыми клиническими рекомендациями.
15. Второй период родов. Характеристика. Ведение второго периода родов в соответствии с новыми клиническими рекомендациями. Акушерское пособие при головном предлежании.
16. Современные методы обезболивания родов.
17. Первичный и вторичный туалет новорожденного. Оценка состояния плода по шкале Апгар и Сильвермана. Совместное пребывание матери и ребенка. Место грудного вскармливания в современной медицине.
18. Третий период родов. Характеристика. Ведение последового периода в соответствии с новыми клиническими рекомендациями. Физиологическая кровопотеря в родах.
19. Признаки отделения последа и методы его выделения.
20. Физиологический послеродовой период, его продолжительность. Изменения в организме роженицы. Профилактика послеродовых заболеваний.
21. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
22. Биомеханизм родов в заднем виде головного предлежания.
23. Переднеголовное предлежание плода. Причины, диагностика, биомеханизм родов. Особенности течения и ведения родов.

24. Лобное предлежание плода. Причины, диагностика, биомеханизм родов. Акушерская тактика при лобном предлежании.
25. Лицевое предлежание плода. Причины, диагностика, биомеханизм родов. Особенности течения и ведения родов при лицевом предлежании.
26. Тазовые предлежания плода. Этиология. Диагностика, классификация, биомеханизм родов.
27. Тазовые предлежания плода. Особенности ведения и течения родов. Пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода.
28. Тазовые предлежания плода. Особенности ведения родов при смешанном ягодичном и ножных предлежаниях плода. Классическое ручное пособие.
29. Тазовые предлежания плода. Особенности течения и ведения беременности, возможные осложнения и их профилактика.
30. Многоплодная беременность. Диагностика. Типы плацентации. Течение и ведение беременности и родов.
31. Неправильные положения плода: поперечное и косое. Причины, диагностика, тактика врача.
32. Перинатология как наука. Периоды внутриутробного состояния плода.. Критические периоды развития плода. Влияние вредных факторов на плод.
33. Самопроизвольные выкидыши ранних сроков. Классификация по стадиям процесса. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
34. Привычный выкидыш. Классификация, причины, обследование и ведение пациенток.
35. Внутриутробные инфекции и инфицирование. Понятие о TORCH-комплексе. Методы идентификации возбудителя. Диагностика. Клинические проявления у плода и новорожденного.
36. Внутриутробные инфекции. Пути передачи. Ведение беременных с хламидийной и герпетической инфекцией.
37. Дистресс плода. Причины, диагностика, тактика врача.
38. Хроническая плацентарная недостаточность. Синдром замедления роста плода. Современная классификация, методы диагностики, акушерская тактика.
39. Асфиксия новорожденного. Причины, клиника, диагностика. Первичная реанимация новорожденного в родильном зале.
40. Резус-изоиммунизация. Патофизиология возникновения гемолитической болезни плода и новорожденного. Формы гемолитической болезни плода. Диагностика при беременности.
41. Ведение беременности и родов у пациенток с резус-изоиммунизацией. Тактика врача. Понятие о внутриутробном переливании крови плоду. Профилактика.
42. Преэклампсия. Определение, современная классификация. Причины развития и патогенез данной патологии. Влияние на плода.
43. Преэклампсия. Современный скрининг преэклампсии в условиях амбулаторной службы. Группы риска. Профилактика.
44. Преэклампсия. Определение степени тяжести. Ведение пациенток в зависимости от тяжести преэклампсии. Принципы терапии. Особенности родоразрешения.
45. Преэклампсия. Интенсивная терапия тяжелых форм. Роль Строганова В.В. в разработке принципов ведения тяжелой преэклампсии. Ведение послеродового периода.
46. Эклампсия. Классификация. Клиника, диагностика, неотложная помощь,

акушерская тактика.

47. Понятие об узком тазе: анатомически и клинически узкий таз. Классификация суженных тазов по форме и степени сужения. Этиология. Современная диагностика..
48. Общеравномерносуженный таз. Характеристика, особенности биомеханизма родов.
49. Характеристика плоских тазов. Особенности биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе. Течение родов и возможные осложнения.
50. Простой плоский таз. Особенности биомеханизма родов. Течение родов. Возможные осложнения.
51. Характеристика поперечносуженного таза. Особенности биомеханизма родов.
52. Клинически узкий таз. Функциональная оценка таза в родах. Диагностика, клиническая картина, тактика врача.
53. Разрывы матки. Этиология. Механизмы возникновения и классификация. Особенности разрыва матки по рубцу. Оценка полноценности рубца на матке.
54. Угрожающий и свершившийся разрыв матки. Клиника, диагностика, акушерская тактика и неотложная помощь. Профилактика.
55. Аномалии родовой деятельности. Этиология и патогенез. Классификация. Современные методы диагностики.
56. Первичная слабость родовой деятельности. Причины развития , клиника, тактика врача. и методы коррекции.
57. Вторичная слабость родовой деятельности. Причины развития, тактика врача, лечебные мероприятия.
58. Быстрые и стремительные роды, Этиология, клиническая картина, тактика врача.
59. Дискоординированная родовая деятельность. Причины развития, варианты, клиническая картина, тактика врача.
60. Преждевременные роды. Этиология. Классификация. Факторы риска. Характеристика. Течение и ведение родов. Профилактика. Недоношенный ребенок.
61. Переношенная беременность. Этиологические факторы. Диагностика. Влияние на плод. Признаки перезрелости новорожденного. Методы подготовки шейки матки к родам.
62. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, условия, виды и методы операций.
63. Ведение беременности и родов у беременных с рубцом на матке. Особенности новорожденных от матерей, перенесших кесарево сечение.
64. Предлежание плаценты. Причины, формы, клиническая картина, диагностика.
65. Предлежание плаценты. Течение и ведение беременности и родов при низкой плацентации. Акушерская тактика.
66. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиническая картина, диагностика.
67. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Принципы оказания неотложной помощи. Междисциплинарный подход.
68. Послеродовые кровотечения. Причины. Тактика врача.
69. Неотложная помощь при акушерских кровотечениях в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Акушерский ДВС-синдром.

70. Аномалии прикрепления плаценты. Вращение плаценты. Этиологические факторы, методы диагностики, акушерская тактика.
71. Показания в операции ручного отделения и выделения последа, ручное обследование полости матки.
72. Послеродовые инфекционные заболевания. Классификация С.В.Сазонова и А.В.Бартельса. Этиология. Факторы риска. Меры профилактики.
73. Послеродовый эндометрит. Причины развития, патогенетические варианты, клиническая картина, диагностика и лечение.
74. Послеродовый сепсис. Причины, диагностика, клиническая картина, тактика врача.
75. Послеродовый лактационный мастит. Этиология, классификация. Диагностика, клиническая картина, тактика врача.
76. Инфекции мочевыводящих путей и беременность (пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия). Этиология, факторы риска, клиническая картина, диагностика. Течение беременности и родов. Лечение.
77. Сахарный диабет и беременность. Влияние на плод. Особенности течения и ведения беременности и родов. Понятие о диабетической фетопатии.
78. Гестационный сахарный диабет. Определение, критерии диагностики. Особенности ведения пациенток в условиях амбулаторной службы. Сроки и методы родоразрешения.
79. Пороки сердца и беременность. Особенности ведения беременности и родов.
80. Операция акушерских щипцов. Показания, условия, правила выполнения и техника наложения выходных акушерских щипцов при переднем виде головного предлежания..
81. Операция акушерских щипцов. Показания, условия, правила выполнения и техника наложения полостных акушерских щипцов при переднем виде головного предлежания..
82. Вакуум-экстракция плода. Показания, условия, техника.
83. Планирование семьи. Методы контрацепции. Эффективность современных контрацептивных средств. Медицинские критерии приемлемости ВОЗ,
84. Гормональная контрацепция. Виды. Механизмы действия. Противопоказания, обследование перед назначением препаратов, побочные эффекты.
85. Внутриматочная контрацепция. Механизмы действия. Виды ВМК. Показания, противопоказания. Побочные эффекты и осложнения.

Перечень вопросов к экзамену (V курс):

1. Современные представления о нейро-эндокринной регуляции менструального цикла.
2. Показания к оперативному лечению при миомах матки, виды и объем оперативного вмешательства. Достоинства и недостатки.
3. Рак тела матки: методы лечения в зависимости от стадии заболевания и патогенетического варианта развития. Прогноз, Профилактика заболевания.
4. Регуляция менструального цикла в пубертатный период. Начало полового развития, формирование вторичных половых признаков.

5. Эндометриоз. Этиопатогенез, классификация. Современные принципы диагностики и лечения.
6. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний половых органов у женщин. Принципы диагностики и лечения.
7. Дифференциальный диагноз различных форм аменорей.
8. Внутренний эндометриоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
9. Современные методы диагностики генитальных инфекций, принципы антибактериальной терапии.
10. Вторичная аменорея центрального генеза. Клиника, диагностика, лечение.
11. Наружный эндометриоз. Эндометриоз придатков матки. Клиника, методы диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз с хроническим аднекситом.
12. Современные методы диагностики и лечения ИППП
13. Аменорея первичная. Роль хромосомных и генетических факторов.
14. Ретроцервикальный эндометриоз. Классификация, методы диагностики и лечения.
15. Острые воспалительные процессы внутренних половых органов септической этиологии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
16. Яичниковая и маточная формы аменореи. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
17. Трубная беременность. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина разрыва трубы и трубного аборта. Диагностика и лечение.
18. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов в хронической стадии.
19. Гипоталамо-гипофизарная аменорея в пубертатном периоде. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
20. Острый живот в гинекологии. Причины, клинические проявления, диагностика и лечение.
21. Воспалительные заболевания наружных половых органов. Вульвовагиниты у девочек. Особенности клинического течения и лечения.
22. Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК). Клиника, диагностика, лечение.
23. Неправильные положения матки. Этиопатогенез, классификация, диагностика, принципы лечения. Методы оперативного лечения.
24. Острый сальпингит, пельвеоперитонит. Этиология. Клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению.
25. Современные принципы гормональной терапии ДМК в разных возрастных группах.
26. Классификация опухолей яичников. Современные принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей яичников.
27. Параметрит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
28. ДМК в ювенильном возрасте. Клиника, диагностика и лечение.

29. Ретенционные (функциональные) кисты яичников. Клиника, диагностика, лечение.
30. Воспалительные заболевания гениталий хламидийной этиологии. Клиника, диагностика, лечение.
31. Преждевременное половое развитие. Классификация, причины, диагностика, терапия.
32. Рак яичников. Классификация, методы диагностики и лечения. Профилактика рака яичников. Прогноз.
33. Острый и хронический эндометрит. Причины, клинические проявления, методы диагностики и лечения.
34. Задержка полового развития. Классификация, причины, диагностика, терапия.
35. Цистаденомы яичников. Классификация, характеристика по данным гинекологического осмотра и УЗИ, принципы лечения.
36. Гонорея. Этиология, эпидемиология, классификация. Особенности ее течения у девочек. Лечебная тактика.
37. Дисгенезия гонад и тестикулярная феминизация. Клиника, диагностика, лечение.
38. Осложнения опухолей яичников. Диагностика и подходы к лечению.
39. Гонорея нижнего отдела мочеполовых путей. Клиника, диагностика. Методы провокации. Лечение.
40. Эмбриогенез, формирование половых органов. Аномалии развития матки и влагалища у девочек. Диагностика, лечение.
41. Кистомы яичников. Клиника, диагностика, лечение.
42. Туберкулез женских половых органов. Патогенез. Классификация. Клиника, методы диагностики, терапия, профилактика.
43. Организация в стране гинекологической помощи детскому населению. Задачи трехэтапной системы обслуживания девочек.
44. Тератогенные опухоли яичников. Клиника, диагностика и лечение.
45. Грибковый вульвовагинит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
46. Особенности обследования девочки у гинеколога. Последовательность действий врача.
47. Гормонопродуцирующие опухоли яичников. Клиника, диагностика и лечение.
48. Трихомонадный вульвовагинит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Аппаратные методы исследования в гинекологии. Значение рентгеновских и УЗИ методов исследования в диагностике гинекологических заболеваний. Роль УЗИ в детской гинекологии.
50. Современные методы диагностики рака шейки матки.
51. Алгоритм обследования женщин с бесплодием.
52. Неправильные положения матки. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения.
53. Синдром поликистозных яичников. Клиника, диагностика, лечение.

54. Бактериальный вагиноз. Причины, методы диагностики и терапии.
55. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
56. Рак шейки матки. Методы лечения в зависимости от стадии заболевания и возраста больных. Прогноз, профилактика.
57. Лечение различных форм женского бесплодия. Показания кооперативному лечению.
58. Консервативное лечение больных миомой матки на современном этапе.
59. Предрак тела матки. Клиника, методы диагностики и лечения.
60. Эстракорпоральное оплодотворение. Показания, методы.
61. Дентология в детской гинекологии.
62. Опухоли яичников у девочек. Клиника, диагностика и лечение.
63. Бактериальный вагиноз. Причины, методы диагностики и терапия.
64. Система опроса гинекологических больных. Методы объективного обследования в гинекологической практике.
65. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки. Классификация, диагностика и лечение.
66. Бесплодный брак, классификация. Диагностика и профилактика женского бесплодия.
67. Аборт по медицинским показаниям. Методы прерывания беременности.
68. Рак тела матки. Этиопатогенез, классификация, клиника, методы диагностика
69. Современные методы контрацепции.

Задания на тренажере

1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания
2. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания
3. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании
4. Биомеханизм родов при лобном предлежании
5. Биомеханизм родов при лицевом предлежании
6. Приемы наружного акушерского исследования
7. Тазоизмерение
8. Определение высоты стояния дна матки, окружности живота, вычисление предполагаемой массы плода
9. Выслушивание сердцебиения плода
10. Выполнение бимануального исследования
11. Признаки отделения плаценты
12. Методы выделения последа
13. Выполнение вакуум-экстракции плода
14. Выполнение операции по наложению выходных акушерских щипцов
15. Проведение гинекологического осмотра
16. Взятие мазков из влагалища на степень чистоты,
17. Взятие мазков на цитологию шейки матки

18. Осмотр шейки матки в зеркалах
19. Выполнение акушерского пособия

Контрольные вопросы для текущего контроля

1. Вторичная слабость родовой деятельности. Причины развития, тактика врача.
2. Узкий таз. Определение. Классификация тазов по форме и степени сужения.
3. Показания в операции ручного отделения и выделения последа, ручное обследование полости матки.
4. Костный таз с анатомической и акушерской точек зрения.
5. Преэклампсия. Причины развития и патогенез данной патологии.
6. Невынашивание беременности. Причины, лечение, профилактика.
7. Плод как объект родов. Размеры головки плода.
8. Первичная слабость родовой деятельности. Причины развития, тактика врача.
9. Кровотечения в последовом периоде. Этиология, методы терапии.
10. Акушерская терминология: членорасположение, положение, предлежание, позиция, вид позиции.
11. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиническая картина, диагностика, терапия.
12. Пособие по Цовьянову при тазовом предлежании плода.
13. Разрыв матки. Этиология, клиническая картина, диагностика, терапия.
14. Общеравномерносуженный таз. Характеристика, особенности биомеханизма родов.
15. Тазовые предлежания плода. Этиология. Диагностика, классификация, показания к операции кесарева сечения.
16. Методы обследования беременных. Диагностика беременности.
17. Быстрые и стремительные роды, Этиология, клиническая картина, тактика врача.
18. Акушерские щипцы. Показания, условия, техника наложения выходных акушерских щипцов.
19. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
20. Дискоординация родовой деятельности. Причины развития, тактика врача.
21. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании.
22. Наружное акушерское обследование. Приемы Леопольда.
23. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиническая картина, диагностика, терапия.
24. Пиелонефрит и беременность. Этиология, клиническая картина, диагностика, терапия.
25. Предлежание плаценты. Причины, формы, клиническая картина, диагностика. Ведение беременности и родов.
26. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании плода.
27. Характеристика плоских тазов. Особенности биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе. Течение родов и возможные осложнения.

28. Операция извлечения плода за паховый сгиб. Показания, условия, техника.
29. Современные представления о причинах развития и регуляции родовой деятельности.
30. Простой плоский таз. Особенности биомеханизма родов. Течение родов. Возможные осложнения.
31. Вакуум-экстракция плода. Показания, условия, техника.
32. Первый период родов. Характеристика. Ведение первого периода родов.
33. Послеродовый эндометрит. Причины развития, клиническая картина, лечение.
34. Биомеханизм родов в тазовом предлежании.
35. Второй период родов. Акушерское пособие при головном предлежании.
36. Тяжелая преэклампсия. Диагностика, клиническая картина, тактика врача.
37. Выходные акушерские щипцы. Показания, условия техника.
38. Третий период родов. Характеристика. Ведение третьего периода родов.
39. Сахарный диабет и беременность. Влияние на плод. Особенности течения и ведения беременности и родов.
40. Биомеханизм родов в лицевом предлежании.
41. Признаки отделения последа и методы его выделения.
42. Характеристика поперечносуженного таза. Особенности биомеханизма родов.
43. Пороки сердца и беременность. Особенности ведения беременности и родов.
44. Неправильные положения плода: поперечное и косое. Причины, диагностика, тактика врача.
45. Кровотечения в последовом периоде. Причины, тактика врача.
46. Современные методы обезболивания родов.
47. Клинически узкий таз. Диагностика, клиническая картина, тактика врача.
48. Беременность и роды при резус-сенсбилизации.
49. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Тактика врача.
50. Биомеханизм родов в заднем виде головного предлежания.
51. Биомеханизм родов при переднем виде головного предлежания.
52. Гипотоническое кровотечение. Причины, диагностика, тактика врача.
53. Перинатология. Критические периоды развития плода. Влияние вредных факторов на плод.
54. Преждевременные роды. Характеристика. Течение и ведение родов.
55. Послеродовый сепсис. Причины, диагностика, клиническая картина, тактика врача.
56. Биомеханизм родов в лобном предлежании.
57. Послеродовый лактационный мастит. Диагностика, клиническая картина, тактика врача.
58. Преждевременные роды. Этиология, патогенез, классификация.
59. Совершившийся разрыв матки. Причины, диагностика, тактика врача.
60. Ведение беременности и родов у беременных с рубцом на матке.
61. Тазовые предлежания плода. Особенности течения и ведения родов, возможные осложнения и их профилактика.
62. Гипоксия плода. Причины, диагностика, тактика врача.
63. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, виды и методы операций.

64. Послеродовой перитонит. Причины, клиническая картина, методы лечения.
65. Биомеханизм родов в тазовом предлежании.
66. Асфиксия новорожденного. Причины, реанимационные мероприятия при умеренной и тяжелой асфиксии.
67. Современные представления о нейро-эндокринной регуляции менструального цикла.
68. Показания к оперативному лечению при миомах матки, виды и объем оперативного вмешательства. Достоинства и недостатки.
69. Рак тела матки: методы лечения в зависимости от стадии заболевания и патогенетического варианта развития. Прогноз, Профилактика заболевания.
70. Регуляция менструального цикла в пубертатный период. Начало полового развития, формирование вторичных половых признаков.
71. Эндометриоз. Этиопатогенез, классификация. Современные принципы диагностики и лечения.
72. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний половых органов у женщин. Принципы диагностики и лечения.
73. Дифференциальный диагноз различных форм аменорей.
74. Внутренний эндометриоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
75. Современные методы диагностики генитальных инфекций, принципы антибактериальной терапии.
76. Вторичная аменорея центрального генеза. Клиника, диагностика, лечение.
77. Наружный эндометриоз. Эндометриоз придатков матки. Клиника, методы диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз с хроническим аднекситом.
78. Современные методы диагностики и лечения И.П.П.П.
79. Аменорея первичная. Роль хромосомных и генетических факторов.
80. Ретроцервикальный эндометриоз. Классификация, методы диагностики и лечения.
81. Острые воспалительные процессы внутренних половых органов септической этиологии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
82. Яичниковая и маточная формы аменореи. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
83. Трубная беременность. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина разрыва трубы и трубного аборта. Диагностика и лечение.
84. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов в хронической стадии.
85. Гипоталамо-гипофизарная аменорея в пубертатном периоде. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
86. Острый живот в гинекологии. Причины, клинические проявления, диагностика и лечение.
87. Воспалительные заболевания наружных половых органов. Вульвовагиниты у девочек. Особенности клинического течения и лечения.
88. Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК). Клиника, диагностика, лечение.

89. Неправильные положения матки. Этиопатогенез, классификация, диагностика, принципы лечения. Методы оперативного лечения.
90. Острый сальпингит, пельвеоперитонит. Этиология. Клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению.
91. Современные принципы гормональной терапии ДМК в разных возрастных группах.
92. Классификация опухолей яичников. Современные принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей яичников.
93. Параметрит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
94. ДМК в ювенильном возрасте. Клиника, диагностика и лечение.
95. Ретенционные (функциональные) кисты яичников. Клиника, диагностика, лечение.
96. Воспалительные заболевания гениталий хламидийной этиологии. Клиника, диагностика, лечение.
97. Преждевременное половое развитие. Классификация, причины, диагностика, терапия.
98. Рак яичников. Классификация, методы диагностики и лечения. Профилактика рака яичников. Прогноз.
99. Острый и хронический эндометрит. Причины, клинические проявления, методы диагностики и лечения.
100. Задержка полового развития. Классификация, причины, диагностика, терапия.
101. Цистаденомы яичников. Классификация, характеристика по данным гинекологического осмотра и УЗИ, принципы лечения.
102. Гонорея. Этиология, эпидемиология, классификация. Особенности ее течения у девочек. Лечебная тактика.
103. Дисгенезия гонад и тестикулярная феминизация. Клиника, диагностика, лечение
104. Осложнения опухолей яичников. Диагностика и подходы к лечению.
105. Гонорея нижнего отдела мочеполовых путей. Клиника, диагностика. Методы провокации. Лечение.
106. Эмбриогенез, формирование половых органов. Аномалии развития матки и влагалища у девочек. Диагностика, лечение.
107. Кистомы яичников. Клиника, диагностика, лечение.
108. Туберкулез женских половых органов. Патогенез. Классификация. Клиника, методы диагностики, терапия, профилактика.
109. Организация в стране гинекологической помощи детскому населению. Задачи трехэтапной системы обслуживания девочек.
110. Тератогенные опухоли яичников. Клиника, диагностика и лечение.
111. Грибковый вульвовагинит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
112. Особенности обследования девочки у гинеколога. Последовательность действий врача.
113. Гормонопродуцирующие опухоли яичников. Клиника, диагностика и лечение.

114. Трихомонадный вульвовагинит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
115. Аппаратные методы исследования в гинекологии. Значение рентгеновских и УЗ методов исследования в диагностике гинекологических заболеваний. Роль УЗИ в детской гинекологии.
116. Современные методы диагностики рака шейки матки.
117. Алгоритм обследования женщин с бесплодием.
118. Неправильные положения матки. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения.
119. Синдром поликистозных яичников. Клиника, диагностика, лечение.
120. Бактериальный вагиноз. Причины, методы диагностики и терапии.
121. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
122. Рак шейки матки. Методы лечения в зависимости от стадии заболевания и возраста больных. Прогноз, профилактика.
123. Лечение различных форм женского бесплодия. Показания кооперативному лечению.
124. Консервативное лечение больных миомой матки на современном этапе.
125. Предрак тела матки. Клиника, методы диагностики и лечения.
126. Эстракорпоральное оплодотворение. Показания, методы.
127. Дентология в детской гинекологии.
128. Опухоли яичников у девочек. Клиника, диагностика и лечение.
129. Бактериальный вагиноз. Причины, методы диагностики и терапия.
130. Система опроса гинекологических больных. Методы объективного обследования в гинекологической практике.
131. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки. Классификация, диагностика и лечение.
132. Бесплодный брак, классификация. Диагностика и профилактика женского бесплодия.
133. Аборт по медицинским показаниям. Методы прерывания беременности.
134. Рак тела матки. Этиопатогенез, классификация, клиника, методы диагностика

Ситуационные задачи для текущего контроля

Задача 1.

В женской консультации состоит повторнобеременная женщина, 32 лет. В анамнезе одни роды, закончившиеся рождением ребенка с ЗВРП. Срок беременности 34 недели. При очередном посещении врача женской консультации ВДМ – 29 см, ОЖ - 78 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода ритмичное 144 в минуту.

Диагноз? Что делать?

Задача 2.

В родовом отделении находится роженица 21 года с регулярной родовой деятельностью, которая развилась после патологического прелиминарного периода. отошли воды с примесью мекония. Положение плода продольное, предлежание головное, ВДМ 40 см., ОЖ 100 см. При выслушивании сердцебиения плода ЧСС 180 уд в минуту. Срочно взята кровь из кожи предлежащей головки – РН – 7,15. Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежание головное. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок слева сзади, большой справа спереди. Исследованию доступны нижний край лона, седалищные бугры, верхушка копчика.

Диагноз? Что делать?

Задача 3.

В родовом отделении находится роженица 28 лет с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, предлежание головное. При проведении КТГ выявлены «поздние» децелерации, ЧСС 110 ударов в минуту. Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5-6 см, плодный пузырь цел, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади.

Диагноз? Что делать?

Задача 4.

Повторнобеременная женщина, 32 лет, состоит на учете в женской консультации. В настоящее время срок беременности 30 недель. При очередном посещении ж/к выявлено: положение плода продольное, в дне матки определяется округлая, плотной консистенции крупная часть плода, над входом в малый таз мягковатой консистенции крупная часть плода неправильной формы. Сердцебиение выслушивается выше пупка справа 136 уд/мин.

Диагноз? Дальнейшая тактика ведения беременности.

Задача 5

В ОПБ поступила первобеременная женщина, 22 лет, в сроке 37-38 недель беременности. Экстрагенитальной и гинекологической патологии не выявлено. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза: 25-28-30-20. ВДМ 35 см, ОЖ 94 см. Положение плода продольное, в дне матки определяется крупная часть, округлой формы, плотной консистенции,

предлежит над входом в малый таз крупная часть, мягковатой консистенции. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка слева, 138 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки зрелая.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 6.

В ОПБ поступила первобеременная женщина, 30 лет, в сроке 37-38 недель беременности. В анамнезе длительное бесплодие. Беременность осложнилась анемией легкой степени тяжести. Размеры таза: 26-29-31-21. ВДМ 38 см, ОЖ 104 см. Положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное 140 уд/мин.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 7.

В родовое отделение акушерского стационара поступила роженица 25 лет в сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Беременность вторая, предыдущая закончилась срочными родами без осложнений. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. Женскую консультацию посещала регулярно. Схватки по 30-35 сек, частота: 4 за 10 минут. Размеры таза: 25-28-30-20. ВДМ 35 см, ОЖ 96 см. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода отчетливое 142 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодный пузырь цел, предлежат ягодицы, межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа и спереди, мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Составьте план ведения родов. Какие ошибки допущены при ведении беременности в женской консультации?

Задача 8.

В родовом отделении роддома находится роженица 25 лет с тазовым предлежанием плода. План родов составлен на консервативное ведение родов. Схватки по 30-35 секунд достаточной интенсивности, частота схваток 4 за 10 минут. отошли околоплодные воды с примесью мекония в большом количестве. Сердцебиение плода приглушенное ритмичное 160 ударов в минуту. Проведено влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодного пузыря нет,

подтекают околоплодные воды, предлежат ягодицы, крестец слева спереди. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Что делать?

Задача 9.

В роддом поступила роженица 23 лет в потугах. Роды в смешанном ягодичном предлежании. Сердцебиение плода отчетливое 134 ударов в минуту. Ребенок родился до нижнего угла лопаток. Дальнейшее рождение плода задерживается.

Диагноз? Что делать?

Задача 10.

Первобеременная женщина, 23 лет, доставлена в родильный дом на 36 недели беременности без родовой деятельности с жалобами на головную боль, боль в подложечной области, мелькание «мушек» перед глазами. Эти явления появились 1 час тому назад. По данным обменной карты, в течение последних 3 недель, отмечалось повышение АД до 150/100 мм.рт.ст., отеки, белок в моче. От госпитализации женщина отказывалась. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст, 170/90 мм.рт.ст. Выраженные отеки нижних конечностей. Вскоре после поступления при санитарной обработке, появился припадок судорог. После припадка сознание затемнено. АД 210/120 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 160 уд. в мин.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении беременной?

Задача 11

Первобеременная женщина, 18 лет, машиной скорой помощи доставлена в акушерский стационар в 2 часа ночи с жалобами на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, боли в эпигастральной области. Беременность 32 недели. Женскую консультацию посещала нерегулярно, последняя явка – месяц назад, имела место патологическая прибавка массы тела и повышение АД до 140/100 мм.рт.ст. При поступлении АД 170/125 мм.рт.ст., выраженные отеки всего тела, моча при кипячении мутная. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит

головка. Сердцебиение ясное, ритмичное 146 в минуту. На консультацию срочно вызваны невролог и окулист. При офтальмоскопии диагностирована ретинопатия.

Диагноз? Терапия? Врачебная тактика? Какие ошибки допущены в ведении беременной?

Задача 12.

В акушерский стационар по направлению ж/к поступила беременная женщина в связи с повышением АД до 150/100 мм.рт.ст., наличием отеков на ногах и передней брюшной стенке. Срок беременности 35 недель, рост 165, масса тела до беременности 60 кг, при поступлении – 80 кг. Соматической патологии нет. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет, голова не болит, зрение ясное. Матка в нормотонусе. ОЖ 90 см, ВДМ 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в мин.

Диагноз? Назначьте обследование.

Задача 13.

В роддом поступила женщина 23 лет с жалобами на регулярные схватки в течение 4-х часов, околоплодные воды излились с началом родовой деятельности. Беременность 2-я, в анамнезе своевременные роды без осложнений. Срок беременности 40 недель.

Объективно: состояние удовлетворительное. При акушерском исследовании: ВДМ 33 см, ОЖ 92 см. В дне матки пальпируется головка. Ко входу в малый таз прижат тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, справа и выше пупка, 140 уд/мин.

Схватки средней силы по 40-45 сек, через 3 мин. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Через 4 часа схватки приняли потужной характер, сердцебиение плода между схватками 186-190 уд/мин, аритмичное. Лечение – без эффекта.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежат ягодицы, межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа спереди. Доступны исследованию нижний край лона, седалищные бугры, копчик.

Диагноз? Что делать?

Задача № 14

В роддом поступила роженица 31 года с началом родовой деятельности. Первая беременность наступила спустя 2 года после начала половой жизни. Роды продолжались около 2-х суток и закончились рождением доношенного, но слабого ребенка, который умер через несколько дней.

Настоящая беременность протекала без осложнений. Таз: 25-26-32-17,5 см. Через час после поступления отошли воды. Схватки через 3-4 мин по 50 сек. Сердцебиение плода отчетливое, 140 уд/мин. Головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, расположен ближе кпереди. Малый родничок слева, большой – справа. При исследовании легко ДОС тигается заднее (левое) ушко. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Как вести роды? Ошибки ведения в женской консультации и в роддоме?

Задача № 15

В родильное отделение поступила повторнородящая 37 лет. Схватки начались 12 часов назад, вначале были слабые, а затем стали повторяться через 4-5 мин по 40 сек. Воды не отходили.

Из анамнеза выявлено, что роженица росла слабым ребенком, часто болела, перенесла почти все детские инфекции. Первая беременность наступила на 3-м году замужества. Роды продолжались двое суток и закончились плодоразрушающей операцией. Рост 150 см, вес 50 кг. Таз: 26-27-31-17 см. Поясничный ромб сплюснен по вертикальной оси. Индекс Соловьева 15 см. Сердцебиение плода отчетливое, 136 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие 8 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в таз. Емкость таза в нижних отделах хорошая, но крестцовая впадина несколько уплощена. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 10 см.

Задача № 16

Повторнородящая женщина 20 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью при беременности 39 недель. Несмотря на корректирующую терапию, родовая деятельность развилась бурно, и через 3 часа от начала схваток родился живой ребенок массой 4200 г. длиной 54 см. Сразу после его рождения из половых путей началось кровотечение алой кровью. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? Возможная причина кровотечения? Тактика врача?

Задача № 17

Роженица 25 лет поступила в роддом во втором периоде родов. Беременность протекала без осложнений.

Родила живую доношенную девочку массой 3950 г. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целостность его вызывает сомнение. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря составила 100 мл

Диагноз? Какова должна быть тактика врача?

Задача №18

Роженица 25 лет поступила в роддом во втором периоде родов. Беременность протекала без осложнений.

Родила живую доношенную девочку массой 3950 г. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целостность его вызывает сомнение. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря составила 100 мл.

Диагноз? Какова должна быть тактика врача?

Задача № 19

В родильный дом доставлена повторнородящая женщина с жалобами на схватки и кровянистые выделения из влагалища. В анамнезе 1 своевременные роды и 3 мед.аборта, последний осложнился эндометритом.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительных качеств, АД 120/70 мм рт.ст. на обеих руках. Матка с четкими ровными контурами, безболезненная, вне схватки расслабляется. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение плода ясное, 136 уд/мин.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева 5 см, пальпируются плодные оболочки и плацентарная ткань. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? План ведения?

Задача № 20

Роды при доношенной беременности у первородящей длятся 12 часов. Воды излились с началом потуг час назад. Потуги редкие и слабые. Сердцебиение плода меняется от 100 до 70 уд/мин.

Влагалищное исследование: открытие полное. Предлежит головка. Стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок справа и кзади, малый – слева и спереди. Доступны исследованию нижний край лона, седалищные бугры и верхушка копчика.

Диагноз? Что делать?

Задача № 21

Беременная поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью. Настоящая беременность вторая, первая закончилась своевременными родами, которые длились более 24 часов, масса ребенка 3000 г. Ребенок умер на третьи сутки от родовой травмы.

При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Сердцебиение плода ясное, 138 уд/мин. Предполагаемая масса плода 3500 г. Размеры таза: 26-28-31-17 см. Индекс Соловьева 14 см.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка сглажена, края тонкие, открытие 3 см, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Плодный пузырь цел. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Дальнейшая тактика врача?

Задача № 22

Родильница (вес 75 кг) в раннем послеродовом периоде после пятых родов крупным плодом массой 4850 г. Кровопотеря составила 300 мл в последовом периоде и раннем послеродовом периодах. Кровотечение продолжается. Кровь свертывается. Послед цел. При осмотре в зеркалах травм мягких родовых путей не обнаружено. Тонус матки снижен. Применение сокращающих средств, пузыря со льдом на низ живота, массаж матки через брюшную стенку эффекта не дали.

Диагноз? Дальнейшая тактика врача?

Задача № 23

Повторнородящая 34 лет, страдающая хроническим гломерулонефритом, поступила в роддом с жалобами на постоянные боли в животе в течение 30 мин и отсутствие шевеления плода с момента появления болей. Беременность доношенная. Женскую консультацию не посещала.

При поступлении состояние средней тяжести. Бледная, АД 90/70 мм рт.ст. на обеих руках, пульс частый слабого наполнения. Выраженные отеки голеней, кистей рук. Из влагалища умеренные кровянистые выделения. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Матка напряжена, болезненная при пальпации.

Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, из влагалища кровянистые выделения темного цвета.

Чем осложнились роды? Какой метод выбрать для родоразрешения?

Задача № 24

Повторнобеременная 29 лет, масса 72 кг. Беременность четвертая, роды вторые. Предшествующие две беременности закончились криминальными абортами. В последовом периоде при кровопотере 400 мл приступили под наркозом к ручному отделению плаценты. Полностью отделить плаценту от стенки матки не удается. Последовая ткань рвется, отделяется частями, кровотечение становится профузным.

Диагноз? Каковы ошибки ведения III периода родов? Дальнейшая тактика врача?

Задача № 25

Повторнородящая 38 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью. Настоящая беременность 4-я. Первая закончилась своевременными родами без осложнений. Вторая и третья – мед.абортами без осложнений.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 80 уд/мин, АД 120/70 мм рт.ст. на обеих руках. Положение плода продольное. Головка большим сегментом во входе в таз. Сердцебиением плода отчетливое, 132 уд/мин. ВДМ 35 см, ОЖ 94 см. Вскоре появились потуги, а спустя 20 минут родилась живая девочка массой 3400 г, длиной 51 см, без асфиксии. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Плацента цела. Оболочки рваные. В остатках оболочек видны сосуды, прерывающиеся

в местах разрыва плодного пузыря. Матка хорошо сократилась, кровянистые выделения в небольшом количестве. Кровопотеря 200 мл.

Диагноз? Что предпринять?

Задача № 26

Первородящая 17 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Голова не болит, зрение ясное. АД 140/90 мм рт.ст.

Схватки через 5 минут по 30 сек. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 136 уд/мин. Отеки голеней и стоп. Белок в моче 0,3 г/л.

ВДМ 35 см, ОЖ 90 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Емкость крестцовой впадины удовлетворительная.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача № 27

22-летняя роженица поступила в родильное отделение с регулярными схватками через 3-4 минуты по 40-50 сек. Лицо одутловатое, на ногах и передней брюшной стенке выраженные отеки. АД 160/110 – 150/110 мм рт.ст. Зрение ясное. При кипячении в моче белый осадок. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода отчетливое, 136 уд/мин. При повторном измерении АД оказалось 180/120 – 165/10 мм рт.ст.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, раскрытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, головка в полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева.

Диагноз? Какое осложнение имеет место? Тактика врача?

Задача № 28

В роддом поступила первородящая 25 лет. Родовая деятельность продолжается 12 часов. Воды не отошли. Положение плода продольное, предлежат ягодички, во входе в таз. Сердцебиение плода отчетливое, 136 уд/мин.

Через 2 часа отошли воды. Схватки через 2-3 минуты по 40 сек. Сердцебиением плода стало приглушенным, 90 уд/мин.

Влагалищное исследование: емкость таза хорошая, раскрытие маточного зева полное. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Ягодички плода находятся в плоскости входа в малый таз.

Диагноз? Какое осложнение возникло в родах? Что делать?

Задача № 29

В роддом 18.01.15 поступила повторнородящая 36 лет с регулярной родовой деятельностью. Срок родов 25.01.15. По дороге в роддом отошли воды. Беременность и роды пятые. Состояние роженицы удовлетворительное. Таз: 25-28-31-20 см, ОЖ 110 см, ВДМ 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Сердцебиением плода 136 уд/мин. Схватки через 5-7 минут по 30 сек. Через 2 часа после поступления схватки через 1-2 минуты по 40-50 сек очень болезненные. Женщина во время схватки стонет, садится в кровати. Головка прижата ко входу в таз.

Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, головка малым сегментом во входе в таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева сзади. Костяк головы плотный, имеется родовая опухоль.

Спустя полчаса роженица ведет себя более беспокойно. Схватки через 1-2 минуты, пульс 94 уд/мин. Признак Вастена положительный. Мочится с трудом. В моче примесь крови.

Диагноз? Что делать?

Задача № 30

Повторнородящая 21 года поступила в роддом с началом родовой деятельности. Головной боли нет, зрение ясное. АД 150/100 мм рт.ст. на обеих руках, на нижних конечностях отеки, матка овоидной формы с четкими контурами, положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиением плода ясное, 140 уд/мин. Установлено, что во время беременности неоднократно отмечалась патологическая прибавка веса.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края средней толщины, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Диагноз? Что предпринять?

Задача № 31

В роддом в 2 часа ночи поступила первобеременная с доношенной беременностью. Состояние удовлетворительное, головной боли нет, зрение ясное, значительные отеки ног. Отеки появились 2 недели назад. АД 140/95 мм рт.ст. на обеих руках. Белок в моче 0,95 г/л. Положение плода продольное, предлежит головка. Позиция первая, вид передний. Схватки через 7 минут по 20 сек. Сердцебиением плода ясное 136 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Мыс не достигается.

К 9 часам состояние остается удовлетворительным. Головной боли нет, зрение ясное. АД повысилось до 160/100 – 140/100 мм рт.ст. В моче белок 2,3 г/л. Схватки средней силы.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в таз.

Диагноз? Как вести роды? Какое проводить лечение в данный момент? Какие ошибки в ведении?

Задача № 32

В роддом поступила повторнородящая женщина 30 лет с жалобами на схватки в течение 5 часов, воды не отходили. Срок беременности 40 недель. В анамнезе двое своевременных родов, 2 медаборта без осложнений.

Объективно: ОЖ 100 см, ВДМ 40 см. Над входом в малый таз пальпируется головка – справа подбородок, слегка угол между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, 138 уд/мин, справа ниже пупка. Размеры таза: 26-29-32-21 см.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие 7-8 см. Плодный пузырь цел. Головка плода над входом в малый таз. Лицевая линия в левом косом размере. Слева кзади – подбородок. Справа и спереди пальпируются глазницы, надбровные дуги. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Мыс не достигается.

Диагноз? Что предпринять?

Задача № 33

В роддом поступила роженица 23 лет с доношенной беременностью и регулярными схватками, начавшимися 3 часа назад, воды не отходили. В анамнезе год назад самопроизвольный выкидыш в сроке 22 недели.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот овоидной формы. ВДМ 35 см, ОЖ 90 см. В дне матки пальпируется тазовый конец плода. Головка над входом в малый таз. Слева отчетливо пальпируется подбородок плода, справа угол между головкой и спинкой. Сердцебиение плода ясное слева ниже пупка, 136 уд/мин. Схватки достаточно сильные, по 60 сек через 3-4 минуты. Размеры таза: 23-23-27-17 см.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Лицевая линия в поперечном размере, подбородок слева, справа – глазницы и надбровные дуги. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Тактика врача?

Задача № 34

Повторнобеременная 34 лет доставлена в роддом машиной скорой помощи в связи с появлением кровотечения из половых путей при беременности 37 недель, со схватками по 40 сек через 2-3 минуты, схватки начались 30 минут назад.

Первая беременность закончилась своевременными родами, масса ребенка 3880 г. Последующие 4 беременности – медабортами без осложнений. Состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 88 уд/мин, АД 90/55 мм рт.ст. на обеих руках. Кожа и видимые слизистые бледные. Матка не напряжена, безболезненна вне схваток. ОЖ 95 см, ВДМ 36 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода 136 уд/мин, ясное.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, раскрытие 7-8 см, плодный пузырь цел, напряжен, справа определяется небольшой участок губчатой ткани. Головка высоко над входом в малый таз. Кровянистые выделения продолжаются в незначительном количестве.

Диагноз? Какова дальнейшая тактика врача?

Задача № 35

Повторнобеременная 21 года доставлена машиной скорой помощи в роддом с кровянистыми выделениями из влагалища, появившимися без видимой причины. Первая беременность закончилась медабортом, осложнившимся воспалением придатков.

При поступлении состояние удовлетворительное. Родовой деятельности нет. Срок беременности 34 недели. Кожа и слизистые нормальной окраски. Со стороны внутренних органов патологии нет. Пульс 92 уд/мин, полный, ритмичный. АД 105/60 мм рт.ст. на обеих руках. ОЖ 92 см, ВДМ 29 см. Положение плода продольное, головка высоко над входом в таз. Сердцебиение плода 132 уд/мин, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сохранена, цервикальный канал закрыт. Справа и слева от шейки в своде определяется тестоватость. Головка подвижна над входом в таз. Мыс не достигается. В момент исследования кровотечение усилилось.

Диагноз? Что делать?

Задача № 36

Повторнородящая поступила в роддом с хорошо выраженной родовой деятельностью, начавшейся 12 часов назад. Первая беременность закончилась мертворождением, масса плода 3200 г. С началом схваток отошли околоплодные воды. Матка овоидной формы с четкими контурами. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиением плода ясное, 140 уд/мин. Размеры таза: 24-26-28-20 см. Предполагаемая масса плода 4300 г. Поведение женщины беспокойное, в течение часа безрезультативные потуги. Положительный признак Вастена.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, края маточного зева отечные, свисают во влагалище. Головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, роднички на одном уровне. На головке большая родовая опухоль. Выраженная конфигурация головки. Мыс не достигается.

Диагноз? Тактика врача?

Задача № 37

Повторнородящая 29 лет (вес 80 кг) поступила в роддом с регулярными схватками, которые начались 6 часов назад. Настоящая беременность 4-я. Первые две закончились медабортами без осложнений, третья –

своевременными родами крупным плодом. Послеродовый период осложнился эндомиометритом.

Настоящая беременность протекала без осложнений. Состояние при поступлении удовлетворительное. Предлежание плода головное. Сердцебиение отчетливое, 136 уд/мин. Родилась живая доношенная девочка без асфиксии, масса 3800 г, длина 52 см. Через 10 минут началось кровотечение при отсутствии признаков отделения плаценты. Кровопотеря достигла 350 мл. Состояние роженицы удовлетворительное: АД 110/65 и 115/70 мм рт.ст., пульс 82 уд/мин. Кровотечение продолжается.

Диагноз? Что предпринять в сложившейся ситуации?

Задача № 38

В родильный стационар поступила повторнородящая 30 лет с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 5 часов назад и отошедшими водами.

Первые роды протекали без осложнений.

Схватки через 3-4 минуты по 40 сек. При обследовании роженицы обнаружены значительные отеки нижних конечностей. АД 140/100 – 150/100 мм рт.ст. Положение плода продольное, первая позиция. Головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода отчетливое 140 уд/мин.

В потугах роженица пожаловалась на головную боль, появилось мелькание мушек перед глазами. При повторном измерении АД 160/105 – 170/05 мм рт.ст.

Под наркозом роженице произведено влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода расположена в плоскости выхода из малого таза, стреловидный шов в прямом размере. Опознавательные точки малого таза не определяются.

Диагноз? Дальнейшая тактика ведения родов?

Задача № 39

У родильницы, в родах перенесшей послеродовое кровотечение по поводу частичного плотного прикрепления плаценты и ручного отделения последа, на 5-е сутки повысилась температура до 38,2°C, был озноб. Кожные покровы бледные, лицо гиперемировано. Пульс 110 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Легкие и сердце без патологии. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Матка мягкая безболезненная при пальпации, дно матки на 14 см выше лона.

Лохии кровянистые, мутные, с нечеткими очертаниями, имеется эхо-положительное включение. При гистероскопии видны бугристые структуры с синеватым отливом, которые резко выделяются на фоне стенок матки.

Какое осложнение наступило? Назначьте лечение.

Задача № 38

В родильное отделение поступила роженица 34 лет с регулярной родовой деятельностью. Первые роды длились около двух суток. Ребенок жив. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Рост 145 см, вес 54 кг. АД 120/75 мм рт.ст. на обеих руках. Таз: 24-26-28-17 см, ОЖ 100 см, ВДМ 38 см. Индекс Соловьева 13 см. Схватки регулярные, через 4-5 минут. Положение плода продольное. Головка плотно прижата ко входу в таз. Лобно-затылочный размер ее 11 см. Признак Вастена «вровень»

Влагалищное исследование: влагалище свободное. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс легко достижим. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? В чем особенности течения данным родов? Каково их дальнейшее ведение?

Задача № 39

Повторнородящая 34 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью. Последние 7 лет страдала артериальной гипертензией 2 стадии. Первая беременность закончилась своевременными родами 10 лет назад. В родах по поводу тяжелой преэклампсии были наложены акушерские щипцы. Последующие 3 беременности закончились медабортами.

При поступлении жалуется на головную боль, шум в ушах. Пульс 84 уд/мин, ритмичный. Имеется одутловатость лица, отеки рук, ног и брюшной стенки. АД 180/110 – 160/100 мм рт.ст. Протеинурия в анализе мочи 3 г/л. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 136 уд/мин, приглушенное.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс не достигается.

Диагноз? Какова тактика ведения родов и методы лечения роженицы?

Задача № 40

В родильное отделение поступила первобеременная 25 лет в связи с излитием вод при доношенной беременности. Таз: 25-28-30-18 см. ОЖ 98 см, ВДМ 33 см. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в таз. При наружном исследовании между головкой и спинкой определяется угол. Грудина выступает резко вправо, на ней определяются мелкие части. Сердцебиение плода наиболее отчетливо прослушивается справа, ниже пупка, 130 уд/мин. Подтекают воды, родовая деятельность слабая в течение 3 часов.

Влагалищное исследование: шейка матки сохранена. Наружный зев пропускает кончик пальца, обильно текут воды. Через своды пальпируется мягкая часть, бугристая, с участками уплотнения. Диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз? План родов?

Задача № 41

В роддом поступила первобеременная 35 лет в связи с появлением схваток в течение 4-х часов и излитием околоплодных вод.

Размеры таза: 23-26-29-20 см. Поперечный размер ромба Михаэлиса 8,5 см, поперечный размер выхода из малого таза 8 см. ОЖ 100 см, ВДМ 38 см. Положение плода продольное, головка высоко над входом в таз. Сердцебиением плода отчетливое, 136 уд/мин. Текут воды.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см, плодного пузыря нет, головка высоко над входом в таз.

Роженице была назначена стимуляция родовой деятельности. Спустя 5 часов произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, края плотные, не поддающиеся растяжению. Головка остается высоко над входом в таз. Мыс не достигим.

Диагноз? Как вести роды?

Задача № 42

В родильный дом поступила повторнородящая с АД 160/100 – 160/90 мм рт.мт. Родовой деятельности нет. Через 3 часа после поступления пожаловалась на сильную головную боль, шум в ушах, кровянистые выделения из влагалища в незначительном количестве. Лицо гиперемированно, женщина возбуждена. АД 190/100 – 220/120 мм рт.ст.,

пульс напряжен 100 уд/мин. Положение плода продольное, головка плода подвижная, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 138 уд/мин. Воды целы.

Во время осмотра появились боли в животе, боли усиливались и нарастали с каждой минутой. Живот стал напряженным, появилось выпячивание на уровне пупка справа, исчезло сердцебиение плода. Женщина резко побледнела, покрылась холодным потом, появился цианоз губ, ногтевых фаланг, АД снизилось до 110/70 мм рт.ст. Пульс 100 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, зев замкнут. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Выделения умеренные, кровянистые.

Диагноз? Тактика врача?

Задача № 43

В роддом поступила повторнородящая. В анамнезе 2 медаборта без осложнений. В родах 3 часа. Рост 150 см, вес 62 кг. АД 120/70 мм рт.ст. на обеих руках. Отеков нет. Таз: 25-28-30-17 см. Индекс Соловьева 16 см. ОЖ 102 см, ВДМ 33 см. Лобно-затылочный размер головки 11 см. Положение плода продольное, первая позиция, головка прижата ко входу в таз.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, большой и малый роднички на одном уровне. Диагональная конъюгата 11 см.

Через 8 часов после осмотра схватки стали очень болезненными. Роженица беспокойна, самостоятельно не мочится. Контракционное кольцо на уровне пупка. Схватки через 2-3 минуты по 35-40 се. Подтекают воды, окрашенные меконием. Сердцебиение плода 156 уд/мин, ритмичное.

Через 1 час выполнено повторное влагалищное исследование: головка плода прижата ко входу в таз, стреловидный шов в поперечном размере, роднички на одном уровне. На головке значительная родовая опухоль.

Диагноз? Что делать?

Задача № 44

Повторнородящая 26 лет поступила в роддом через 4 часа после появления нерегулярных схваток. Первая беременность закончилась своевременными родами, в послеродовом периоде перенесла метроэндометрит. Вторая беременность закончилась преждевременными родами, третья – самопроизвольным выкидышем в 7 недель. Настоящая беременность -

четвертая, протекала без осложнений. Положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода 134 уд/мин, ясное.

Через 12 часов после поступления начались регулярные схватки и еще через 7 часов отошли воды, окрашенные кровью. Появилась локальная болезненность в дне матки вне схватки. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 105 уд/мин, АД 80/40 мм рт.ст. на обеих руках. Сердцебиение плода не выслушивается.

Влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Ягодички прижаты ко входу в таз. Крестец слева, межвертельная линия в левом косом размере. Мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

Задача № 45

В отделение патологии беременных поступила женщина 38 лет с беременностью 37-38 недель. Беременность первая (регулярная половая жизнь в течение последних 1,5 лет). В 30 недель было диагностировано тазовое предлежание плода. Выполняла упражнения по Диканю – без эффекта.

Объективно: состояние удовлетворительное, телосложение правильное. ОЖ 110 см, ВДМ 40 см. Матка спокойная при пальпации. В дне матки определяется крупная плотной консистенции баллотирующая часть плода. Спинка плода пальпируется справа, слева – мелкие части. Над входом в таз определяется крупная, неправильной формы и мягковатой консистенции часть плода, не баллотирующая. Сердцебиение плода ясное, до 138 уд/мин, справа и выше пупка.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сохранена, длиной 3 см, отклонена кпереди, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды пальпируется мягковатая часть над входом в малый таз.

Диагноз? Дальнейший план ведения?

Задача № 46

Первобеременная 30 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 10 часов. При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Схватки средней силы через 3 минуты по 45-50 сек. Рост 155 см, вес 84 кг. Пульс 82 уд/мин, ритмичный, АД 145/90 – 140/85 мм рт.ст. Отеки голеней и стоп. ОЖ 102 см, ВДМ 37 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 134 уд/мин. Через час после поступления

отошли светлые околоплодные воды, появились потуги. В течение 50 минут потуги были слабые через 4-5 минут по 20-25 сек. Сердцебиение плода ясное 140-150 уд/мин. АД 140/90 мм рт.ст. на обеих руках. Головной боли нет, зрение не изменено. Родоусиление внутривенно дозированным введением окситоцина эффекта не дало, потуги остаются слабыми.

Влагалищное исследование: открытие полное. Головка в полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, доступны исследованию нижний край лона, седалищные бугры, верхушка копчика.

Диагноз? Тактика врача?

Задача № 47

Первобеременная 20 лет поступила в роддом с доношенной беременностью и с жалобами на подтекание вод в течение 2-х часов. Менструации с 16 лет, нерегулярные, по 7 дней, обильные, болезненные. Женщина низкого роста – 147 см. Живот отвислый. ОЖ 100 см, ВДМ 32 см. Положение плода продольное, первая позиция. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Лобно-затылочный размер головки 11,5 см. Сердцебиением плода ясное, 140 уд/мин слева ниже пупка. Размеры таза: 26-26-32-17 см. Индекс Соловьева 16 см, ромб Михаэлиса уплощен: поперечник его 10,5 см, длинник – 8,5 см.

Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, через своды определяется головка высоко над входом в таз. Мыс достигается легко, диагональная конъюгата 10,5 см. Крестцовая впадина несколько уплощена. Подтекают светлые воды.

Диагноз? Как вести роды?

Задача № 48

Повторно рожаящая 30 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью. При транспортировке в машине скорой помощи произошел судорожный припадок. При поступлении состояние тяжелое. Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно. Жалобы на слабость, головную боль. АД 160/110 – 150/100 мм рт.ст., генерализованные отеки. Матка в гипертонусе, отмечается локальная болезненность в правом маточном углу. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 100 уд/мин.

Подвнутривенным обезболиванием произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел, вскрыт вне схватки, излилось 100 мл окрашенной кровью вод. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Емкость таза удовлетворительная.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 49.

Первобеременная женщина, 38 лет, встала на учет по беременности в ж/к при сроке беременности 7-8 недель. Из анамнеза выяснено, что родилась недоношенной, у матери в родах была эклампсия. Сама женщина с 30 лет страдает артериальной гипертензией, периодически АД повышается до 160 мм.рт.ст. Регулярного лечения не получает. Беременность вне брака. При осмотре жалоб не предъявляет. АД 120/80 мм.рт.ст.

Назначьте обследование. Определите группу риска акушерской патологии. Составьте план ведения беременности.

Задача 50.

Больной 19 лет. Жалобы на отсутствие менструации в течение последнего года. Менструации с 12 лет, были всегда регулярны. С целью снижения массы тела голодала или вызывала рвоту после еды. Затем исчез аппетит, появились гипотермия, брадикардия, сухость кожи, лейкопения, атония кишечника, желудка, запор. При исследовании гормонов в крови обнаружено снижение эстрогенов, ЛГ и повышение ФСГ.

Объективно: физически активна, резко пониженного питания, молочные железы атрофированы, живот мягкий, втянут. Половые органы гипотрофичны.

Диагноз? Лечение ?

Задача 51.

В приёмный покой многопрофильной больницы машиной скорой помощи доставлена пациентка 28 лет с жалобами на боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения из половых путей. Накануне было выполнено хирургическое прерывание беременности в сроке 9 недель в одной из городских клиник, после чего пациентка отпущена домой. Инвалид 1 группы по поводу генерализованной миастении (установлен подкожный стимулятор). В анамнезе - кесарево сечение 8 месяцев назад (по поводу вышеуказанного заболевания). При осмотре: кожные покровы чистые, бледноватые. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс - 74 в минуту. Периодически возникают клонические судороги. Живот при пальпации напряжён, болезненный в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При осмотре в зеркалах: шейка матки конической формы, выделения кровянистые, умеренные. Бимануальный осмотр затруднён из-за напряжения мышц передней брюшной стенки.

Каков предположительный диагноз? Какие исследования нужно выполнить? Методы лечения. Какие недочёты допущены при ведении этой пациентки?

Задача 52.

Пациентка У., 57 лет, доставлена машиной скорой помощи в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота ноющего характера, повышение температуры тела до 39 градусов. Менопауза 9 лет. В анамнезе одни роды, семь аборт, после последнего, 15 лет назад, была установлена ВМС. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом. Живот при пальпации напряжён, болезненный в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка отклонена кпереди, не увеличена, безболезненна. Справа от матки определяется образование с нечёткими контурами, тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Слева придатки не пальпируются. В общем анализе крови: лейкоциты - $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$; гемоглобин - 89 г/л.

Диагноз? Тактика ?

Задача 53.

На специализированный прием в центр «Планирование семьи» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет регулярной половой жизни без предохранения в повторном браке, нерегулярный менструальный цикл. Из анамнеза: менархе в 12 лет. Роды одни в первом браке 10 лет назад. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапароскопически по поводу серозных кист правого и левого яичников, 5 лет и 3 года назад соответственно. В течение последнего года отмечает нерегулярные скудные менструации с задержками до 3 месяцев. Супруг здоров. Спермограмма в норме. Гинекологическое исследование: матка anteversio, anteflexio, плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. При УЗИ органов малого таза на 60-й день цикла: матка $48 \times 40 \times 35$ мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник $15 \times 13 \times 10$ мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник $18 \times 15 \times 10$ мм аналогичной структуры. Гормональное исследование: ФСГ 25 мЕД/л, ЛГ 12 мЕД/л, эстрадиол 150 пмоль/л, АМГ 0,1 нг/мл.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Задача 54.

Пациентка К., 25 лет, обратилась на прием к гинекологу для получения рекомендаций по контрацепции. Из анамнеза: менструации с 13 лет, нерегулярные через 25–40 дней, по 6–7 дней, обильные, болезненные,

принимает "Спазмалгон" для купирования боли. Замужем. Были одни роды 3 года назад. Ближайшие 2–3 года беременность не планирует, хочет надежную контрацепцию. Соматически здорова. При гинекологическом обследовании и УЗИ патологии не выявлено.

Диагноз? Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?

Пациентка Н., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на обильные менструации и межменструальные кровянистые выделения.

Из анамнеза:

Наследственность: СД, ГБ у бабушки по материнской линии, с-г ПЖ у дедушки по отцовской линии. Задача 55.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, ветряная оспа, пневмония, простудные.

Аллергии, гемотрансфузии отрицает.

Менархе с 14 лет. МЦ регулярный, менструации по 7-8 дней, через 28-30 дней, обильные с менархе, безболезненные.

Гинекологические заболевания: отрицает.

ПЖ с 17 лет, замужем, контрацепция – прерванный половой акт и презерватив. В ближайшие 5 лет беременность не планирует.

Беременности: 1 (своевременные физиологические роды в 24 года).

При общем и гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Задача 56.

Пациентка К., 18 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструации в течение 3 последних месяцев.

Из анамнеза:

Наследственность: с-г легких у папы, НМЦ у мамы, ДУЗ у бабушки по материнской линии, СД у дедушки по материнской линии.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, хронический цистит, простудные.

Аллергии, гемотрансфузии отрицает.

Менархе с 13 лет, МЦ не регулярный, менструации по 7 дней, через 30-90 дней, обильные, болезненные.

Гинекологические заболевания: НМЦ (витаминотерапия, без обследования).

ПЖ с 18 лет, 2 половых партнера, контрацепция – барьерный метод.

Беременности: 0.

При общем и гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Тестовые задания
по дисциплине Акушерство и гинекология
по специальности Педиатрия 31.05.02

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это
Раздел 1. Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению.	тестовое задание ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ПК 5, ПК 6, ПК 16, ПК 17, ПК 20, ПК 22
Выберете один или несколько правильных ответов	
1. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:	
а. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание	
б. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева	
с. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева	
д. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева	
2. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В РОДАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ:	
а. влагалищное исследование	
б. пельвиометрия	
с. аускультация	
д. наружное акушерское исследование	
3. ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:	
а. отхождение слизистой пробки	
б. отхождение околоплодных вод	
с. боли в поясничной области	
д. сглаживание и раскрытие шейки матки	
4. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА:	
а. возникновением потуг	
б. излитием околоплодных вод	
с. расположением головки плода на тазовом дне	
д. полным раскрытием шейки матки	
5. ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПЯТЬ САНТИМЕТРОВ СООТВЕТСТВУЕТ:	

- a. началу второго периода родов
- b. первому периоду родов фазе замедления
- c. первому периоду родов активной фазе
- d. первому периоду родов латентной фазе

6. ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. полное раскрытие шейки матки
- b. потуги
- c. опускание предлежащей части в малый таз
- d. внутренний поворот головки

7. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА КОНТРОЛИРУЕТСЯ:

- a. через каждые 10 минут
- b. после каждой потуги
- c. через каждые 15 минут
- d. через каждые 5 минут

8. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева
- b. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
- c. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева
- d. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание

9. ДЕСЯТЬ МИНУТ НАЗАД ПРОИЗОШЛИ РОДЫ ДОНОШЕННЫМ МАЛЬЧИКОМ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ; ПРИЗНАК КЮСТНЕРА-ЧУКАЛОВА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ; КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?:

- a. произвести ручное выделение последа
- b. активная - самостоятельное рождение последа
- c. ввести метилэргометрин
- d. выделить послед наружными приемами

1

НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ ОБЫЧНО:

- a. через 6 ч после рождения
- b. через 12 ч после рождения
- c. сразу после рождения
- d. через 8 ч после рождения

12. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО:

- a. отклонение шейки к крестцу
- b. длина 2-2,5 см
- c. мягкая консистенция
- d. отсутствие проходимости цервикального канала

13. ПРИЕМ КРЕДЕ-ЛАЗАРЕВИЧА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:

- a. выделения отделившегося последа
- b. ручного выделения последа
- c. выделения неотделившегося последа
- d. отделения последа наружным приемом

14. РОДОВЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ СХВАТОК:

- a. отсутствием увеличения амплитуды
- b. развитием структурных изменений шейки матки
- c. безболезненностью
- d. нерегулярностью и редкими интервалами

15. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- a. электрокардиографии
- b. рентгенографии
- c. УЗИ
- d. наружной гистерографии

1

- a. признак Альфельда
- b. признак Кюстнера-Чукалова

- c. признак Довженко
- d. признак Шредера

18. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ РЕБРОМ КИСТИ НАД ЛОНОМ?:

- a. признак Кюстнера-Чукалова
- b. признак Альфельда
- c. признак Довженко
- d. признак Шредера

19. ЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

- a. биологическую готовность к родам
- b. начало второго периода родов
- c. конец первого периода родов
- d. начало первого периода родов

20. ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ШЕЙКА МАТКИ В НОРМЕ:

- a. укорочена, размягчена
- b. сглажена
- c. раскрыта до 3 см
- d. сохранена

Раздел 2. Физиологическое акушерство

ОК 4, ОК 7, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ОПК 8, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 12, ПК 16, ПК 17, ПК 20, ПК 22.

Выберете один или несколько правильных ответов

1. ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ:

- a. между нижним краем симфиза и мысом крестца
- b. между седалищными буграми
- c. между большими вертелами бедренных костей
- d. между гребнями подвздошных костей

2. ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:

- a. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см
- b. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см и окружность 33 см
- c. расстояние от подъязычной области до верхушки темени, равное 9,5 см и окружность

32 см

d. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см

3. БОЛЬШОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:

a. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см

b. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см

c. расстояние от подбородка до затылочного бугра, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см

d. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см

4. ПРОДОЛЬНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ПЛОДА:

a. находится под тупым углом к оси матки

b. совпадает с длинником матки

c. находится под прямым углом к продольной оси матки

d. находится под острым углом к оси матки

5. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

a. наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в малый таз

b. тазового конца плода ко входу в малый таз

c. головки плода ко входу в малый таз

d. головки плода ко дну матки

6. ПОД ПОЗИЦИЕЙ ПЛОДА ПОНИМАЕТСЯ:

a. взаиморасположение различных частей плода

b. отношение головки плода ко входу в таз

c. отношение спинки плода к боковым стенкам матки

d. отношение оси плода к длиннику матки

7. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

a. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса крестца

b. гребнями подвздошных костей

c. серединой верхнего наружного края симфиза и мысом крестца

d. серединой верхнего внутреннего края лонного сочленения и наиболее выступающей точкой крестцового мыса

8. DISTANTIA SPINARUM В НОРМЕ РАВНА:

a. 11-13 см

b. 28-29 см

c. 25-26 см

d. 31-32 см

9. НАРУЖНАЯ КОНЪЮГАТА В НОРМЕ РАВНА:

- a. 25-26 см
- b. 30-31 см
- c. 20-21 см
- d. 28-29 см

10. DISTANTIA CRISTARUM — ЭТО:

- a. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей
- b. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей
- c. расстояние между большими вертелами бедренных костей
- d. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей

11. DISTANTIA TROCHANTERICA — ЭТО:

- a. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей
- b. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей
- c. расстояние между большими вертелами бедренных костей
- d. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей

12. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА 100 СМ, ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ 35 СМ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ВЕС ПЛОДА (В ГРАММАХ):

- a. 3800 гр
- b. 3000 гр
- c. 3200 гр
- d. 3500 гр

13. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА РАВНА:

- a. 13 см
- b. 11 см
- c. 9 см
- d. 20 см

14. ВИД ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

- a. спинки плода к передней и задней стенкам матки
- b. спинки плода к боковым стенкам матки
- c. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз
- d. продольной оси плода к продольной оси матки

15. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

- a. продольной оси плода к продольной оси матки
- b. конечностей и головки плода к туловищу
- c. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз
- d. спинки плода к передней и задней стенкам матки

16. ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. часть плода, находящаяся в дне матки
- b. позиция плода
- c. предлежащая часть
- d. вид плода

17. ЧЕТВЕРТЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- a. предлежащая часть
- b. позиция плода
- c. членорасположение плода
- d. отношение предлежащей части ко входу в таз

18. СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО И КПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ:

- a. Задний вид, вторая позиция
- b. Передний вид, вторая позиция
- c. Передний вид, первая позиция
- d. Задний вид, первая позиция

19. САГИТАЛЬНЫЙ ШОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ. МАЛЫЙ РОДНИЧОК СПРАВА КПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ:

- a. Передний вид, вторая позиция
- b. Задний вид, вторая позиция
- c. Задний вид, первая позиция
- d. Передний вид, первая позиция

20. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА, СЕДАЛИЩНЫЕ ОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ:

- a. плоскости выхода
- b. плоскости входа в малый таз
- c. плоскости широкой части полости малого таза
- d. плоскости узкой части полости малого таза

Раздел 3. Патологическое акушерство

ОК 4, ОК 7, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ОПК 8, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 12, ПК 16, ПК 17, ПК 20, ПК 22

Выберете один или несколько правильных ответов

70. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен:

- a) в I триместре беременности;
- b) с 12 недель беременности;
- c) после 20 недель беременности;
- d) после 28 недель беременности.

71. Для умеренной артериальной гипертензии во время беременности характерно:

- a) САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;
- b) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;
- c) САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;

d) САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст..

72. Перечислите факторы риска преэклампсии:

- a) сахарный диабет 1 или 2 типа;
- b) новый партнер;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленные.

73. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

5. Различают следующие формы эклампсии:

- a) во время беременности и в родах;
- b) ранняя послеродовая (первые 48 часов);
- c) ранняя послеродовая (первые 24 часа);
- d) поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов);
- e) верно a, b, d;
- f) верно a, c, d.

6. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является:

- a) использование тест-полоски;
- b) количественное определение белка в суточной порции;
- c) количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов;
- d) кольцевая проба Геллера.

7. Что характерно для умеренной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или $>0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка $<0,3$ г/сут., а также $<0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка ≥ 5 г/сут. или значение «3+» по тест-полоске.

8. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии:

- a) $150-400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) $> 400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) $<100 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) ничего из перечисленного.

9. Показания к экстренному родоразрешению (минуты) при преэклампсии:

- a) кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты;
- b) острая гипоксия плода в сроке беременности >22 недель;
- c) количество тромбоцитов менее $150 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) все перечисленное;
- e) верно a, b

10. С целью профилактики ранней послеродовой эклампсии инфузию магния сульфата следует проводить в течение:

- a) 48 часов;
- b) 6 часов;
- c) 12 часов;
- d) 24 часов.

11. Выберите правильное утверждение:

- a) магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии;
- b) магния сульфат- эффективный антигипертензивный препарат;
- c) плановое применение магния сульфата во время беременности предотвращает развитие и прогрессирование преэклампсии;
- d) при экстренных показаниях со стороны матери и/или плода не следует откладывать родоразрешение для того, чтобы ввести сульфат магния с целью нейропротекции у плода.

12. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов;
- b) Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- c) Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов;
- d) Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.

13. Пациентка К., 30 лет, срок беременности 37 недель, поступила в приемный покой акушерского стационара с жалобами на головные боли. АД - 180/110 мм рт. ст., ОАМ: белок 6 г/л, отеки голеней. Предварительный диагноз:

- a) умеренная преэклампсия;
- b) тяжелая преэклампсия;
- c) гестационная АГ;
- d) отеки беременных.

14. Гестационный сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся

- a) гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета
- b) гипергликемией во время беременности

- в) гипергликемией во время беременности, родах и послеродовом периоде
- г) гипергликемией до беременности и во время беременности

15. определение глюкозы для подтверждения ГСД проводят

- а) в венозной плазме
- б) в капиллярной крови
- в) последовательно: сначала в венозной плазме, затем в капиллярной крови, затем сравнивают
- г) не имеет значения

16. глюкозы венозной плазмы натощак $<5,1$ ммоль/л, в ходе ГТТ через 1 час $<10,0$ ммоль/л, через 2 часа $\geq 7,8$ ммоль/л и $<8,5$ ммоль/л – это

- а) вариант нормы при беременности
- б) ГСД
- в) «манифестный» СД
- г) вариант нормы для небеременных

17. для постановки диагноза ГСД достаточно

- а) одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы
- б) двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы
- в) одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови
- б) двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови

18. при проведении ГТТ в случае получения аномальных значений в исходном измерении

- а) нагрузка глюкозой не проводится
- б) нагрузка глюкозой проводится по общепринятым правилам
- в) нагрузка глюкозой проводится вдвое меньшей концентрацией
- г) нагрузка глюкозой проводится втрое меньшей концентрацией

19. по результатам ПГТТ с 75г глюкозы при получении аномальных значений во второй точке

- а) третье измерение не требуется
- б) третье измерение проводится по общепринятой методике

в) проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 1 час

г) проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 2 часа

20. Временные противопоказания для проведения ГТТ

а) необходимость соблюдения строго постельного режима

б) манифестный СД

в) анемия беременных

г) отеки беременных

21. К ультразвуковым признакам диабетической фетопатии не относится

а) маловодие

б) крупный плод

в) кардиомегалия/кардиопатия

г) гепато-спленомегалия

22. Резус – отрицательная принадлежность крови – это

а) Отсутствие D-антигена эритроцита

б) Наличие D-антигена эритроцита

с) Наличие C-антигена эритроцита

д) Наличие E-антигена эритроцита

23. В каком сроке беременности должна проводиться плановая антенатальная специфическая иммунопрофилактика резус-иммунизации

а) В 28 недель беременности

б) Перед родами

с) В первом триместре беременности

д) В 20 недель беременности

24. Кому должна проводиться плановая антенатальная специфическая профилактика

а) Неиммунизированным женщинам с резус-отрицательным факторам независимо от паритета

б) Резус - иммунизированным женщинам

с) При наличии проявлений гемолитической болезни плода

д) Только первобеременным с резус-отрицательным фактором

25. В какой дозе проводится плановая специфическая антенатальная иммунопрофилактика антиD-Ig

- a) 300 мкг, 1500 МЕ
- b) 150 мкг, 750 МЕ
- c) 125 мкг, 625 МЕ
- d) 20 мкг, 100 МЕ

26. Когда должна быть проведена плановая послеродовая специфическая иммунопрофилактика

- a) В ближайшие 48-72 часа после родов
- b) В ближайшие 5 дней после родов
- c) в течение 1 месяца после родов
- d) в течение всего послеродового периода

27. Ранние преждевременные роды - это роды в...

- a) 22 недели - 27 недель 6 дней включительно;
- б) 28 недель - 30 недель 6 дней включительно;
- в) 28 недель - 31 неделя 6 дней включительно;
- г) 32 неделя - 33 недели 6 дней включительно.

28. Дородовое излитие околоплодных вод при преждевременных родах - это преждевременный разрыв плодных оболочек с излитием/подтеканием околоплодных вод:

- a) в сроке 22 недели - 36 недель 6 дней;
- б) в сроке 28 недель - 36 недель 6 дней;
- в) в сроке 22 недели - до наступления родов;
- г) в сроке 36 недель 6 дней - до наступления родов.

29. К факторам риска преждевременных родов не относится:

- a) 1 и более ПР в анамнезе;
- б) 1 и более поздних выкидышей в анамнезе;
- в) отсутствие родов в анамнезе;
- г) высокий паритет - более 4 родов в анамнезе.

30. Рекомендуемым методом прогнозирования риска ПР является:

- a) УЗ-цервикометрия;
- б) определение фибронектина в цервикальном секрете;

в) определение ПСИФР-1 в цервикальном секрете;

г) правильно а и в.

31. Антенатальная кортикостероидная терапия высокоэффективна для профилактики РДС, внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных в сроке:

а) 22 - 34 недели;

б) 24 - 36 недель;

в) 24 - 34 недели;

г) 28 - 34 недели.

32. Рекомендуемые схемы антенатальной кортикостероидной терапии:

а) 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часа;

б) 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 6 часов;

в) 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов;

г) все вышеперечисленное верно.

33. Наименьшим токолитическим эффектом обладает:

а) атосибан;

б) сульфат магния;

в) нифедипин;

г) индометацин.

34. Индометацин в качестве токолитика применяется до:

а) 30 недель;

б) 32 недель;

в) 34 недель;

г) 37 недель;

35. Высокий риск преждевременных родов:

а) схватки не менее 4-х за 20 минут;

б) схватки не менее 4-х за 30 минут;

в) укорочение и сглаживание шейки матки;

г) правильно - а) и в).

36. Вакуум-экстракция при преждевременных родах противопоказана:

а) во всех случаях;

- б) в сроке менее 36 недель;
- в) в сроке менее 34 недель;
- г) в сроке менее 32 недель.

37. Основные причины неонатальной смертности, связанные с дородовым излитием околоплодных вод:

- а) недоношенность;
- б) сепсис;
- в) гипоплазия легких;
- г) всё вышеперечисленное.

38. Раннее послеродовое кровотечение - кровотечение, возникшее после рождения плода

- а) в течение первых 2 часов
- б) в течение 24 часов
- в) в течение первых 6 часов
- г) на протяжении 42 дней после рождения плода.

39. Послеродовое кровотечение во время родов через естественные родовые пути -

- А. кровопотеря >300 мл
- Б. кровопотеря >500 мл
- В. кровопотеря >1000 мл

40. Меры по профилактике кровотечений после родов

- А. Введение окситоцина внутривенно 5 ЕД
- Б. Введение окситоцина внутримышечно 5 ЕД
- В. Введение окситоцина внутривенно 10 ЕД

41. Препаратом первой линии для профилактики и лечения кровотечения является:

- А. карбетоцин
- Б. окситоцин
- В. метилэргометрин
- Г. Мизопростол

42. Позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее

- А. через 24 часа после рождения плода
- Б. через 2 часа после рождения плода
- В. через 6 часов после рождения плода
- Г. через 6 недель после родов

43. Управляемая баллонная тампонада

- А. вмешательство 1-й линии для женщин, у которых гипотония матки является единственной или главной причиной кровотечения
- Б. Проводится всегда после ручного обследования полости матки

В. Проводится только в операционной после кесарева сечения

44. При послеродовом кровотечении в экстренном порядке выполняется

А. определение группы крови, резус-фактора (если не было определено ранее);
Б. общий анализ крови (ОАК) (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты);

В. показатели свертывания крови: определение время свертывания крови у постели пациента («прикроватный тест» - модификация метода Ли-Уайта), гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ, при наличии возможностей - ТЭГ, РОТЕМ

Г. верно а,б,в

Д. верно б,в

Е. верно а,б

45. При лечении послеродового кровотечения введение окситоцина осуществляется следующим образом:

А. 5 - 10 МЕ на 500 мл физ. раствора, используя дозатор

Б. 10-20 МЕ на 500 мл физ. раствора в/в, 60 капель в минуту/125 мл/час, используя дозатор

В. 10-20 МЕ на 500 мл физ. раствора в/в, 30 капель в минуту, используя дозатор

Раздел 4. Оперативное акушерство

ОК 4, ОК 7, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ОПК 8, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 12, ПК 16, ПК 17, ПК 20,

ПК 22.

1. УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. целый плодный пузырь
- б. средние размеры доношенного плода
- в. расположение головки большим сегментом во входе в малый таз
- г. раскрытии маточного зева на 5-6 см

2. ПРИ ОПЕРАЦИИ ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЛОЖКИ ДОЛЖНЫ ЛЕЖЬ НА ГОЛОВКУ ПЛОДА

- а. в поперечном размере
- б. в прямом размере
- в. в правом косом размере
- г. в левом косом размере

3. МИНИМАЛЬНЫМ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИМ ИНТЕРВАЛОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. 12 + 9 мес
- б. 24 + 9 мес
- в. 9 мес
- г. 12 мес

4. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ:

- а. корпоральное кесарево сечение
- б. в нижнем сегменте поперечным разрезом по Гусакову
- в. с извлечением плода в целом плодном пузыре
- г. техника не имеет значения

5. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:**
- кесарево сечение в нижнем сегменте матки
 - влагалищное кесарево сечение
 - корпоральное кесарево сечение
 - экстраперитонеальное кесарево сечение
6. **ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА ПОЛОСТНЫЕ ЩИПЦЫ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ:**
- в левом косом размере малого таза
 - в поперечном размере малого таза
 - в прямом размере малого таза
 - в правом косом размере малого таза
7. **ПРАВИЛА СПОСОБА И ПОРЯДКА ВВЕДЕНИЯ ЛОЖЕК АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ**
- всегда первой вводят левую ветвь правой рукой в левую половину таза
 - всегда первой вводят левую ветвь левой рукой в правую половину таза
 - всегда первой вводят правую ветвь правой рукой в правую половину таза
 - всегда первой вводят левую ветвь левой рукой в левую половину таза
8. **ВО ВРЕМЯ ВЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВКИ В АКУШЕРСКИХ ЩИПЦАХ ТРАКЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ:**
- периодически качательные
 - плавными, влекущими
 - периодически вращательные
 - периодически в виде рывков
9. **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО КЛАССИЧЕСКОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- поперечное положение
 - неустойчивое положение плода
 - поперечное положение второго плода при двойне
 - косое положение плода
10. **УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- расположение головки большим сегментом во входе в малый таз
 - несоответствие размеров головки плода и таза матери
 - полное раскрытие маточного зева
 - целый плодного пузыря
11. **УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- расположение головки в плоскости выхода малого таза
 - расположение головки в плоскости входа в малый таз
 - расположение головки большим сегментом во входе в малый таз
 - расположение головки в узкой части полости малого таза
12. **ПЕРВЫЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- a. введение и размещение ложек щипцов
 - b. собственно тракции
 - c. введение ложек щипцов
 - d. замыкание щипцов и пробная тракция
13. ТРЕТИЙ МОМЕНТ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ:
- a. введение ложек щипцов
 - b. снятие щипцов
 - c. собственно тракции
 - d. замыкание щипцов и пробная тракция
14. ВТОРОЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
- a. собственно тракции
 - b. замыкание щипцов и пробная тракция
 - c. снятие щипцов
 - d. введение ложек щипцов
15. ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО ШТАРКУ (M. STARK) ПРОИЗВОДЯТ ЛАПАРОТОМИЮ:
- a. не имеет значения какой разрез
 - b. по Пфанненштилю
 - c. по Джоэл-Кохену
 - d. нижнесрединную
16. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА ПОЛОСТНЫЕ ЩИПЦЫ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ:
- a. в левом косом размере малого таза
 - b. в прямом размере малого таза
 - c. в правом косом размере малого таза
 - d. в поперечном размере малого таза
17. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ:
- a. выбор ножки не имеет значения
 - b. захватывается нижележащая ножка
 - c. выбор ножки зависит от его массы
 - d. захватывается вышележащая ножка
18. ПЕРВОБЕРЕМЕННАЯ, 26 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В РОДДОМ С ОТОШЕДШИМИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ И ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ; ПРОВОДИЛАСЬ СТИМУЛЯЦИЯ ОКСИТОЦИНОМ; ЧЕРЕЗ 10 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ПОТУГ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА СОСТАВИЛО 100 УДАРОВ В МИНУТУ; ПРИ ОСМОТРЕ ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОЛНОЕ, ГОЛОВКА ПЛОДА В УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА, СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ, МАЛЫЙ РОДНИЧОК КПЕРЕДИ; ТАКТИКАВЕДЕНИЯ:
- a. операция акушерские щипцы
 - b. кесарево сечение

- c. краниотомия
- d. вакуум-экстракция

19. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. ножное предлежание плода
- b. живой плод
- c. крупный плод
- d. острая гипоксия плода

20. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ КОНТРОЛЬНОЕ РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРОИЗВОДЯТ:

- a. не обязательно
- b. только при крупном плоде
- c. обязательно
- d. только если началось кровотечение

Раздел 5. Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы. Методы исследования в гинекологии.

ОК 4, ОК 7, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ОПК 8, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 12, ПК 16, ПК 17, ПК 20, ПК 22.

1. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ:

- a. рост фолликулов в яичнике
- b. продукцию ТТГ в щитовидной железе
- c. продукцию прогестерона
- d. продукцию кортикостероидов

2. В ЯИЧНИКАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ, КРОМЕ:

- a. фолликулогенез
- b. Глюконеогенез
- c. Стероидогенез
- d. атрезия премордиальных фолликулов

3. К НЕЙРОМЕДИАТОРАМ, ПЕРЕДАЮЩИМ НЕРВНЫЙ ИМПУЛЬС ОТ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА НЕЙРОСЕКРЕТОРНЫЕ ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. Ингибин
- b. Норадреналин
- c. Дофамин
- d. Серотонин

4. ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗ НАЧИНАЕТСЯ:

- a. к первому году жизни девочки
- b. с момента рождения девочки
- c. с 12 недели антенатального развития
- d. с менархе

5. ПРЕДОВУЛЯТОРНЫЙ ФОЛЛИКУЛ ОБЛАДАЕТ ВСЕМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ, КРОМЕ:

- a. имеет множество слоев клеток гранулезы
 - b. достигает до 18мм в диаметре
 - c. внутренние и наружные тека-клетки фолликула отсутствуют
 - d. ооцит располагается на одной из сторон полости фолликула
6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЯЙЦЕКЛЕТКИ:
- a. 12 часов
 - b. 72 часа
 - c. 24 часа
 - d. 6 часов
7. ПРИМЕРНОЕ ЧИСЛО ФОЛЛИКУЛОВ К МОМЕНТУ ПУБЕРТАТА:
- a. 4 миллиона
 - b. 400-500 тысяч
 - c. 2 миллиона
 - d. 100 тысяч
8. ПЕРЕД ОВУЛЯЦИЕЙ ПРОИСХОДИТ:
- a. пик уровня прогестерона
 - b. снижение уровня эстрогенов
 - c. снижение уровня прогестерона
 - d. пик гонадотропных гормонов
9. ЗА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ ДО НАЧАЛА МЕНСТРУАЦИИ ПРОИСХОДИТ:
- a. повышение уровня прогестерона
 - b. повышение уровней всех фракций гормонов репродуктивной системы
 - c. только снижение уровня ФСГ и ЛГ
 - d. снижение уровней всех фракций гормонов репродуктивной системы
10. ПРОГЕСТЕРОН СПОСОБСТВУЕТ:
- a. снижению уровней андрогенов
 - b. снижению возбудимости нервно-мышечного аппарата матки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки
 - c. повышению уровней гонадотропных гормонов
 - d. началу менструации
11. ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКОГО ГОРМОНА В КЛЕТКАХ ВНУТРЕННЕГО СЛОЯ ТЕКИ ПРОИСХОДИТ ОБРАЗОВАНИЕ АНДРОГЕНОВ:
- a. фолликулостимулирующий гормон
 - b. Гонадолиберин
 - c. лютеинизирующий гормон
 - d. тиреотропный гормон
12. СКОЛЬКО УРОВНЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ ЖЕНЩИНЫ
- a. 6
 - b. 5
 - c. 4

- d. 3
13. В ГРАНУЛЕЗНЫХ КЛЕТКАХ ПОД ВЛИЯНИЕМ АРОМАТАЗ ОБРАЗУЮТСЯ:
- Эстрогены
 - Гестагены
 - Андрогены
 - Гонадотропины
14. НА КАКОЙ ДЕНЬ (+,-3 ДНЯ) НАСТУПАЕТ ОВУЛЯЦИЯ В 28-ДНЕВНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ :
- 7 день
 - 14 день
 - 21 день
 - 28 день
15. КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ:
- поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке
 - поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам
 - эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
 - базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
16. ПОВЫШЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРОИСХОДИТ В СВЯЗИ С:
- воздействием эстрогенов на гипоталамус
 - влиянием прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
 - воздействием гонадотропинов на терморегулирующий центр гипоталамуса
 - влиянием простагландинов на гипоталамус
17. В НОРМЕ РАЗНИЦА МЕЖДУ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ В 1 И 2 ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ:
- 0.2-0.3 градуса
 - 0.9-1.5 градуса
 - 0.4-0.6 градуса
 - 0.7-0.8 градуса
18. СИМПТОМ ЗРАЧКА (+++) СООТВЕТСТВУЕТ:
- 22-24-му дню менструального цикла
 - 13-14-му дню менструального цикла
 - 9-10-му дню менструального цикла
 - 11-12-му дню менструального цикла
19. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЭНДОМЕТРИЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- распространенности процесса по поверхности
 - глубины инвазии
 - произвести прицельную биопсию
 - наличия патологического процесса
20. ПОКАЗАНИЯМИ К ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- a. аномальных маточных кровотечений
- b. подозрения на внематочную беременность
- c. кровотечения в постменопаузе
- d. бесплодия

**Раздел 6. Эндокринные нарушения в гинекологии.
Раздел 7. Бесплодный брак**

ОК 4, ОК 7, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ОПК 8, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 12, ПК 16, ПК 17, ПК 20, ПК 22.

Выберете один или несколько правильных ответов

1. Аменорея – это отсутствие менструации:

- a. 1 года;
- b. 6 месяцев;
- c. 5 месяцев;
- d. все перечисленное неверно.
- e. 4 месяцев;

2. Гипоменорея – это:

- a. редкие менструации.
- b. отсутствие менструации;
- c. короткие менструации;
- d. скудные менструации;

3. Гипоменструальный синдром – это нарушение менструального цикла, характеризующееся:

- a. Опсоменореей
- b. Гипер- и олигоменореей
- c. Гиперполименореей
- d. Гипо- и олигоменореей
- e. Олигоменореей

4. Дифференциальную диагностику отечной формы предменструального синдрома следует проводить с:

- a. Заболеваниями ЖКТ
- b. Заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы
- c. Психическими заболеваниями
- d. Заболеваниями щитовидной железы
- e. Заболеваниями ЦНС

5. Для ановуляторного менструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно:

- a. Однофазная базальная температура
- b. Симптом «зрачка» (+++)
- c. В соскобе эндометрия во вторую фазу цикла поздняя фаза пролиферации
- d. Все перечисленное

6. Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается:

- a. с мочеточниками;
- b. с шейкой мочевого пузыря;
- c. с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом);
- d. ни с чем из перечисленного.
- e. с прямой кишкой;

7. К инфекциям передающимся половым путем не относится:

- a. Микоплазмоз
- b. Хламидиоз
- c. Трихомониаз
- d. Гонорея
- e. Энтеробиоз

8. К причинам вторичной аменореи центрального генеза относят все, кроме:

- a. Синдрома Шихана
- b. Синдрома гиперпролактинемии
- c. Аменореи на фоне потери массы тела
- d. Синдрома Каллмана
- e. Психогенной аменореи

9. К ранним проявлениям перименопаузального синдрома относятся:

- a. Эмоционально-аффективные расстройства
- b. Вазомоторные симптомы
- c. Прибавку массы тела и ожирение
- d. Ничего из перечисленного
- e. Все перечисленное

10. Меноррагия – это:

- a. Циклические маточные кровотечения
- b. Пре- и постменструальные кровянистые выделения
- c. Уменьшение продолжительности менструального цикла
- d. Ациклические маточные кровотечения
- e. Болезненные и обильные кровотечения

11. Метроррагия – это:

- a. кровотечение, связанное с менструальным циклом;
- b. атипичное маточное кровотечение;
- c. ациклическое кровотечение, не связанное с менструальным циклом.
- d. менструация;

12. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием:

- a. рецепторов;
- b. специфических ферментов;
- c. всего перечисленного;

- d. ничего из перечисленного.
- e. простагландинов;

13. Особенности нормального менструального цикла являются:

- a. все перечисленное.
- b. овуляция;
- c. образование желтого тела в яичнике;
- d. преобладание гестагенов во второй фазе цикла;

14. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме:

- a. бесплодия.
- b. подозрения на внематочную беременность;
- c. дисфункциональных маточных кровотечений;
- d. кровотечения в постменопаузе;

15. Абсолютным показанием к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) является:

- a. отсутствие матки;
- b. пороки развития матки;
- c. цервикальный антагонизм.
- d. отсутствие или непроходимость обеих маточных труб;

16. Длительность менструального цикла считается:

- a. с последнего дня наступившей менструации до последнего дня следующей менструации
- b. с первого дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации
- c. с последнего дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации
- d. ничего из перечисленного

17. Нормальная продолжительность менструального цикла составляет:

- a. 21-38 дней
- b. 24-38 дней
- c. 21-35 дней
- d. ничего из перечисленного

18. Нормальная продолжительность менструального кровотечения составляет:

- a. 3-5 дней
- b. 2-7 дней
- c. не более 8 дней
- d. ничего из перечисленного

19. К третьему уровню нейроэндокринной регуляции менструального цикла относят:

- a. передняя доля гипофиза
- b. органы-мишени
- c. яичники
- d. гипоталамус
- e. экстрагипоталамические структуры головного мозга

20. Для нормального маточного цикла характерна следующая последовательность смены фаз эндометрия

- a. регенерация, десквамация, пролиферация, секреция
- b. десквамация, пролиферация, секреция, регенерация
- c. десквамация, регенерация, пролиферация, секреция
- d. пролиферация, секреция, десквамация, регенерация

21. Диагностика причин и лечения бесплодия у пациенток старше 35 лет могут быть начаты при жалобе на неспособность к зачатию при регулярной половой жизни без контрацепции в течение:

- a. 3 месяцев
- b. 6 месяцев
- c. 9 месяцев
- d. 12 месяцев

22. Обследование супружеской пары по поводу бесплодия должно быть начато:

- a. у женщины
- b. не имеет значения
- c. у мужчины и женщины одновременно
- d. у мужчины

23. У женщин старше 38 лет для оценки гормональных параметров овариального резерва более значимым показателем является:

- a. концентрация ФСГ
- b. концентрация ЛГ
- c. концентрация АМГ
- d. все перечисленное

24. Какое количество антральных фолликулов (КАФ), определенное на УЗИ матки и придатков в раннюю фолликулярную фазу цикла, соответствует низкому овариальному резерву, связан с плохим ответом на стимуляцию и низкими шансами наступления беременности:

- a. от 3 до 5
- b. от 2 до 5
- c. от 1 до 3
- d. от 2 до 4

25. Показаниями для проведения магнитно-резонансной томографии органов малого таза на этапе диагностики женского бесплодия являются:

- a. подозрение на наличие распространенных форм эндометриоза
- b. оценка состоятельности рубца на матке
- c. подозрение на наличие новообразований
- d. подозрение на наличие пороков развития внутренних половых органов

Раздел 8. ВЗОМТ.

Раздел 9. Неотложные состояния в гинекологии.

ОК 4, ОК 7, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ОПК 8, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 12, ПК 16, ПК 17, ПК 20,

Выберете один или несколько правильных ответов

1. Наиболее характерная локализация трихомониаза:

- a. Сальпингит
- b. Метроэндометрит
- c. Кольпит
- d. Пельвиоперитонит

2. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- a. гиперемией и отеком влагалища на фоне обильных пенистых выделений
- b. наличием специфических внутриклеточных микроорганизмов
- c. инфекционным процессом при отсутствии явлений воспаления
- d. преобладанием палочковой флоры

3. Брак бесплодный, если при половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение:

- a. 2,5 года;
- b. 3 лет;
- c. 1 года;
- d. 5 лет.
- e. 0,5 года;

4. В ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- a. возрастания числа анаэробов и вирусов
- b. главенствующей роли трихомонад
- c. преобладания ассоциаций микроорганизмов
- d. наличия хламидий и микоплазм

5. Вид контрацепции с минимальным риском развития воспалительных заболеваний половых органов:

- a. пероральные контрацептивы
- b. ВМС
- c. презерватив
- d. диафрагма

6. Воспаление маточной трубы и яичника называется:

- a. Цервицит
- b. Вульвовагинит
- c. Аднексит
- d. Кольпит

7. Воспаление слизистой оболочки влагалища называется:

- a. Вульвовагинит
- b. Кольпит

- c. Сальпингит
- d. Цервицит
- e. Аднексит

8. Восходящая гонорея это поражение:

- a. маточных труб;
- b. уретры;
- c. парауретральных желез;
- d. всех перечисленных выше органов.
- e. канала шейки матки;

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ВЗОМТ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- a. со всем перечисленным
- b. дивертикулитом и синдромом раздраженного кишечника
- c. острым аппендицитом
- d. болевой формой апоплексии яичника
- e. эктопической беременностью

10. ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- a. наличия неподвижного, резко болезненного образования в малом тазу при бимануальном исследовании
- b. анемии
- c. сильных болей внизу живота, возникающих после физического напряжения
- d. симптомов раздражения брюшины

11. В состав хирургической ножки опухоли яичника входят все кроме

- a. капсула опухоли
- b. маточная труба
- c. собственная связка яичника
- d. воронко-тазовая связка

12. При перекруте ножки опухоли у пациенток в менопаузе целесообразнее выполнять:

- a. Удаление придатков со стороны опухоли
- b. Субтотальную гистерэктомию с придатками
- c. Кистэктомию
- d. Адексэктомию двустороннюю
- e. Тотальную гистерэктомию с придатками

13. Апоплексия яичника не может возникнуть при

- a. Гормональной контрацепции
- b. Во вторую фазу цикла
- c. До начала половой жизни

14. Алгоритм диагностики при нарушенной эктопической беременности включает:

- a. Кольпоскопия
- b. Биохимия крови
- c. Выскабливание полости матки
- d. УЗИ малого таза

15. Наличие Френикус-симптома характерно для всего кроме:

- a. Геморрагической формы апоплексии яичника
- b. Острого аднексита
- c. Острого аппендицита
- d. Мезентериального тромбоза

16. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОИСХОДИТ В СРОКЕ:

- a. 4-6 недель
- b. 11-12 недель
- c. 7-8 недель
- d. 9-10 недель

17. НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРОТЕКАЕТ, КАК ПРАВИЛО, СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ:

- a. внезапный приступ боли
- b. при влагалищном исследовании-тракции за шейку матки безболезненные, своды глубокие
- c. иррадиация боли в плечо
- d. тошнота или рвота

18. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНОЙ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА, СОСТОИТ В ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ, КРОМЕ:

- a. коррекции функции оставшегося яичника
- b. проведение антибактериальной терапии
- c. контрацепции мужским механическим средством
- d. противовоспалительной рассасывающей терапии

19. ТРУБНЫЙ АБОРТ (БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ , КРОМЕ :

- a. с аппендицитом
- b. с самопроизвольным выкидышем малого срока
- c. с обострением хронического сальпингоофорита
- d. с дисфункциональным маточным кровотечением

20. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НЕБОЛЬШОМ ДЕФЕКТЕ МАТКИ (ВО ВРЕМЯ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ) ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ

ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- a. иссечения краев перфорационного отверстия
- b. ревизия органов малого таза
- c. ушивание перфорационного отверстия
- d. надвлагалищной ампутации матки

21. ПРИ ПЕРИТОНИТЕ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ В ОБЪЕМЕ:

- a. экстирпация матки с трубами
- b. экстирпация матки с придатками
- c. надвлагалищная ампутация матки с придатками
- d. надвлагалищная ампутация матки с трубами

22. ПРИЧИНЫ «ОСТРОГО ЖИВОТА» ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ:

- a. перекрут ножки субсерозного узла
- b. перекрут ножки опухоли яичника
- c. инфаркт миоматозного узла
- d. внематочная беременность

23. ДЛЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- a. резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
- b. отсутствие наружного кровотечениями
- c. болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
- d. нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

24. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОЙ С ТУБООВАРИАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. технические трудности при выполнении операции необходимого объема
- b. дренирование брюшной полости
- c. операция проводится под прикрытием двух антибиотиков
- d. опасность травмы кишечника и мочевого пузыря

25. ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ПРИ ВЫСКАБЛИВАНИИ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. в анамнезе - множественные аборт
- b. пузырьный занос
- c. эндометрит
- d. внематочная беременность в анамнезе

Раздел 10. Онкогинекология. Гиперпластические заболевания половых органов. Неправильные положения половых органов. Нарушения развития половых органов.

ОК 4, ОК 7, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 6, ОПК 8, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 12, ПК 16, ПК 17, ПК 20, ПК 22.

Выберете один или несколько правильных ответов

1.. Термин аденомиоз применяется:

- a. только при очаговых разрастаниях эндометриоидной ткани во внутреннем слое матки;
- b. только при ретроцервикальном эндометриозе.
- c. при эндометриозе, который сопровождается образованием кист;
- d. во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации;
- e. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани;

2. Трофобластические опухоли секретируют:

- a. хорионический соматотропин;
- b. хорионический тиреотропин;
- c. хорионический гонадотропин;
- d. глюкокортикоиды.

3. Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза:

- a. мочевого пузыря;
- b. область пупка;
- c. прямая кишка;
- d. послеоперационный рубец;
- e. все перечисленные локализации.

4. Внутренний эндометриоз (аденомиоз)- это:

- a. эндометриоз мочевого пузыря
- b. торакальная локализация
- c. эндометриоз кишечника
- d. истмико-цервикальный эндометриоз и эндометриоз тела матки

5. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются:

- a. гипоталамусом;
- b. надпочечниками;
- c. задней долей гипофиза;
- d. передней долей гипофиза;
- e. яичниками.

6. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ВЫСОКА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

- a. опухолевидного процесса придатков матки
- b. маточной беременности
- c. интерстициально-субсерозной миомы матки
- d. внематочной беременности

7. ДЛЯ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО:

- a. гидроторакс
- b. полиурия
- c. нарушение менструального цикла
- d. отеки нижних конечностей

8. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД:

- a. эндоскопический
- b. ультразвуковой
- c. ПЦР-диагностика
- d. гистологический

9. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ:

- a. учащенное сердцебиение
- b. полиурия
- c. отеки нижних конечностей
- d. утомляемость, слабость

10. ИСТИННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. муцинозная цистаденома
- b. фиброма яичника
- c. серозная цистаденома
- d. эндометриоидная аденоакантома

11. При полном выпадении матки:

- a. резко выраженное цистоцеле, резко выраженное ректоцеле
- b. шейка матки при натуживании выходит за пределы половой щели
- c. шейка матки и тело матки выходят за пределы половой щели
- d. шейка матки без натуживания выходит за пределы половой щели

12. Параовариальная киста происходит из

- a. пронефроса
- b. вольфова протока
- c. мюллерова протока
- d. гартнерова протока
- e. мезонефроса

13. Гранулёзноклеточная опухоль нередко сочетается с

- a. раком маточной трубы
- b. раком вульвы
- c. раком яичника
- d. раком эндометрия
- e. раком влагалища

14. Наиболее частое осложнение доброкачественных опухолей яичников

- a. сдавление соседних органов
- b. перекрут ножки опухоли
- c. кровоизлияние в полость опухоли
- d. разрыв капсулы
- e. нагноение содержимого

15. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. нарушение жирового обмена
- b. нарушение менструального цикла
- c. прием КОК
- d. стрессовые ситуации

16. ПЕРВЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ТИП РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, У ВСЕХ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ:

- a. с атрофичным эндометрием
- b. с фенимизирующими опухолями яичникового
- c. с анувуляторными кровотечениями
- d. с эндокринно-обменными нарушениями

17. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ :

- a. типическая гиперплазия
- b. железисто-кистозная гиперплазия
- c. эндометриальный полип
- d. железистая гиперплазия

18. К ПРЕДРАКУ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ:

- a. типичная гиперплазия
- b. рецидивирующая железистая гиперплазия в климактерическом периоде
- c. аденоматозный полип
- d. атрофический эндометрий

19. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. аденокарцинома
- b. немелкоклеточный
- c. эндометриоидный рак
- d. светлоклеточный рак

20. ПРИ РАКЕ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. криодеструкция
- b. электроконизация и выскабливание цервикального канала
- c. экстирпация матки без придатков

d. экстирпация матки с придатками

21. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА:

- a. полип цервикального канала
- b. эктропион
- c. дисплазия шейки матки
- d. простая лейкоплакия

22. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- a. у беременных при первом обращении
- b. при профилактических осмотрах
- c. у всех подряд обратившихся к гинекологу
- d. у больных с патогномичными жалобами

23. ИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ В ОТЛИЧИЕ ОТ МИКРОИНВАЗИВНОГО ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- a. способность к регрессу опухоли
- b. инвазия в строму более 3 мм
- c. повышение признаков тканевой защиты
- d. низкая способность к метастазированию

24. Минимальная толщина М-эха (толщины эндометрия), являющаяся признаком гиперплазии в менопаузе

- a. 4-5 мм
- b. 6 мм
- c. 8 мм
- d. 15 мм

25. Для лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста применяют

- a. конъюгированные эстрогены
- b. прогестагены
- c. андрогены
- d. низкодозированные КОК

ОтвЕты на тесты:

Раздел 1.	Раздел 2.	Раздел 3.	Раздел 4
1. d	1) a	1) c 24) a	1. c
2. c	2) d	2) b 25) a	2. a
3. d	3) c	3) d 26) a	3. b
4. d	4) b	4) a 27) б	4. c
5. c	5) a	5) f 28) в	5. a
6. a	6) c	6) b 29) в	6. d
7. b	7) d	7) a 30) г	7. d
8. b	8) c	8) c 31) в	8. b
9. b	9) c	9) e 32) в	9. a
10. b	10) a	10) d 33) б	10. c
11. c	11) c	11) d 34) б	11. a
12. c	12) d	12) b 35) г	12. a
13. a	13) b	13) a 36) в	13. c
14. b	14) a	14) a 37) г	14. b
15. d	15) b	15) a 38) б	15. c
16. b	16) a	16) a 39) Б	16. a
17. c	17) d	17) a 40) А	17. d
18. a	18) c	18) a 41) Б	18. a
19. a	19) a	19) a 42) А	19. d
20. a	20) d	20) a 43) А	20. c
		21) a 44) Г	
		22) a 45) Б	

Раздел 5	Раздел 6,7	Раздел 8,9	Раздел 10
1. a	1. b	1. c	1. a
2. b	2. d	2. c	2. c
3. b	3. d	3. c	3. e
4. c	4. b	4. c	4. d
5. c	5. d	5. c	5. a
6. c	6. c	6. c	6. b
7. b	7.e	7. b	7. c
8. d	8. d	8. a	8. c
9. c	9. e	9. a	9. d
10. b	10. a	10. b	10. d
11. a	11. c	11. a	11. c
12. b	12. c	12. b	12. c
13. a	13. a	13. a	13. d
14. b	14. b	14. d	14. b
15. c	15. d	15. b	15. c
16. b	16. b	16. a	16. a
17. c	17. a	17. a	17. c
18. b	18. b	18. c	18. b
19. b	19. a	19. d	19. b
20. b	20. d	20. d	20.b
	21. b	21. a	21. c
	22. d	22. b	22. c
	23. c	23. b	23. b
	24. a	24. d	24. a
	25. c	25. d	25. b

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач.	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн	удовлетворительн	хорошо	отлично
Полнота знаний	0 Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	0 Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач	Продemonстрированы основные	Продemonстрированы	Продemonстрированы все

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн	удовлетворительн	хорошо	отлично
	о не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	о умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с	основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	недочетами Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	недочетами Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн	удовлетворительн	хорошо	отлично
ости	о	о		

компетенций*

** - не предусмотрены для программ аспирантуры*

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)