

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра акушерства и гинекологии №2**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.05.02 Педиатрия
_____/Л.Я. Климов/
« ____ » _____ 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

И.о.зав. кафедрой акушерства и
гинекологии №2
_____/Д.В. Аксененко/
« ____ » _____ 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Акушерство и гинекология
Направление подготовки	31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача-педиатра
Форма обучения	Очная

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ОПК-2	Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза
ОПК -5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
ОПК 7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

1. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	15 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	15 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	15 с эталоном ответов

	Задания открытого типа с кратким ответом	15 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	90 с эталоном ответов
ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	15 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	15 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	15 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	15 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	90 с эталоном ответов
Всего		300 заданий

Бланк заданий по оценки уровня формирования компетенций

[illegible]

		Установите соответствие Физиологические изменения ССС: - нагрузочного характера - адаптационные изменения Характер изменений: - увеличение массы тела - поперечное положение сердца - снижение вязкости крови - повышение венозного давления на нижних конечностях - прирост ОЦК - увеличение ЧСС - снижение общего периферического сопротивления	1а,б,д,е 2в,г,ж
		Установите соответствие между формой сахарного диабета и клиническими проявлениями: Форма диабета: - сахарный диабет I типа - латентный диабет Проявления: - нормогликемия - жажда, полиурия - повышение аппетита - изменение пробы на толерантность к глюкозе - гипергликемия - потеря массы	1б,в,д,е 2а,г
		Установите соответствие Параметры родовой схватки: - базальный тонус - интенсивность - частота Определение: - произведение интенсивности схватки на их частоту - количество схваток за 10 мин. - минимальное давление в миометрии вне схватки	1в,2г,3б,4а

	4. маточная активность г) максимальное давление в миометрии на высоте схватки Установите соответствие между клиническими стадиями преждевременных родов и их симптомами Стадии: - угрожающие - начавшиеся Симптомы: - сглаживание шейки, открытие зева - излитие вод - ноющие боли внизу живота - повышенная возбудимость матки - регулярная родовая деятельность - укорочение шейки Установите соответствие между тактикой врача при преждевременном излитии вод (недоношенная беременность) и клиническими ситуациями Тактика: - консервативно-выжидательная - активная Акушерская ситуация: - отсутствие родовой деятельности - отсутствие плодного пузыря - наличие признаков инфекции - срок беременности 36-37 нед. - аномалии развития плода - срок беременности 28-35 нед. - отсутствие признаков инфекции Установите соответствие между степенью тяжести гемолитической болезни и ее клиническими признаками Форма ГБ: - легкая - средне-тяжелая Клинические признаки: - гепатоспленомегалия - адинамия	1в,г,е 2а,б,д 1а,е,ж 2б,в,г,д
--	--	--

		1. __, __, __; 2. __, __, __, __. Установите соответствие между степенью тяжести гемолитической болезни и ее клиническими признаками Форма ГБ: 1. средне-тяжелая 2. тяжелая 1. __, __, 2. __, __, __, __, __, __. Установите соответствие между формой параметрита и клиническими симптомами Форма параметрита: 1. передний 2. задний Установите соответствие между формой послеродового заболевания и клиническими симптомами Форма патологии:	в) вялость г) бледность кожи д) желтуха Клинические признаки: а) ядерная желтуха б) гепатоспленомегалия в) бледность кожи г) асцит д) гидроторакс е) полиорганная недостаточность ж) желтуха з) желтуха, отеки Клинические симптомы: а) тенезмы б) боль внизу живота в) гипертермия г) интоксикация д) диарея е) дизурические расстройства Клинические симптомы:	1б,в,г 2а,б,в,д 1б,ж 2а,б,г,д,е,з 1б,в,г,е 2а,б,в,г,д
--	--	---	---	---

	1. эндометрит 2. метротромбофлебит а) длительные кровянистые выделения б) гипертермия в) «лестничный» пульс г) гнойные выделения д) резкая болезненность матки е) тромбоз вен матки Установите соответствие между видом показания к ОКС и клинической ситуацией Вид показаний: 1. абсолютные 2. относительные Форма патологии: а) тяжелая форма гестоза б) угрожающий разрыв матки в) несостоятельность рубца на матке г) экстрагенитальный рак д) пороки развития матки е) ушитый разрыв промежности III степени в анамнезе ж) тяжелые экстрагенитальные заболевания Установите соответствие между видом показаний к ОКС и клинической ситуацией Вид показаний к ОКС: 1. абсолютные а) экстрагенитальный рак 2. относительные б) генитальный рак в) миома матки г) поперечное положение плода д) варикозное расширение вен шейки матки Установите соответствие между видом показаний к ОКС и клинической ситуацией Абсолютные показания к ОКС:	1б,г 2а,б,в,д,е 1б,в,г,е 2а,д,ж 1а,б,д 2в,г 1в,г,е 2а,б,д
--	--	---

		1. со стороны матери 2. со стороны плода	а) поперечное положение плода б) выпадение петель пуповины в) полное предлежание плаценты г) отслойка плаценты д) клинически узкий таз е) угрожающий разрыв матки	
2.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Перечислите в правильной последовательности моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания: 1. Внутренний поворот головки 2. Разгибание головки 3. Сгибание головки 4. Внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки		3,1,2,4
		Установите правильную последовательность действий врача при диагностике беременности на ранних сроках: 1. бимануальное исследование (размеры матки) 2. определение ХГЧ в крови 3. анамнез и жалобы 4. УЗИ		3,1,2,4
		Установите правильную последовательность развития приступа эклампсии: 1. клонические судороги 2. фибриллярные подергивания мышц лица 3. тонические судороги 4. разрешение припадка 5. головная боль, нарушение зрения		5,2,3,1,4
		Установите правильную последовательность действий врача при предлежании плаценты: 1. определение срока и способа родоразрешения		2,4,5,3,1

	2. изучение жалоб, анамнеза 3. УЗИ 4. наружное акушерское исследование 5. исследование с помощью зеркал Установите правильную последовательность действий врача при кровотечении, обусловленном нарушением выделения последа: 1. метод Креде-Лазаревича 2. операция ручного выделения последа 3. подтверждение наличия признаков отделения плаценты 4. метод Гентера 5. метод Абуладзе Установите правильную последовательность фаз родовой схватки: 1. возбуждение парасимпатического отдела ВНС, высвобождение ацетилхолина 2. пауза 3. сокращение циркулярной мускулатуры нижнего сегмента, пассивное расслабление продольной мускулатуры тела (диастола) 4. возбуждение симпатического отдела ВНС, выделение норадреналина, адреналина 5. сокращение продольной мускулатуры, активное расслабление циркулярной (систола) Установите алгоритм действий врача при лечении угрожающих преждевременных родов: 1. физиотерапевтические методы (электрофорез, иглорефлексотерапия) 2. токолитические препараты 3. госпитализация в ОПБ 4. устранение этиологического фактора 5. постельный режим Укажите последовательность основных действий при оказании реанимационной помощи недоношенному новорожденному:	3,5,4,1,2 4,5,1,3,2 3,5,4,2,1
--	---	--

	1. восстановление свободной проходимости дыхательных путей, 2. восстановление адекватного дыхания (ИВЛ). 3. оценка состояния ребёнка сразу после рождения, 4. восстановление адекватной сердечной деятельности, 5. прогнозирование необходимости реанимационных мероприятий и подготовка к их выполнению. Установите последовательность патологических изменений в организме плода при гемолитической болезни: 1. развитие полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома 2. нарушение связывания непрямого билирубина в печени, портальная гипертензия, нарушение ее функций 3. гемолиз эритроцитов, очаги экстрамедулярного кроветворения – гепатоспленомегалия 4. переход неполных анти-Rh-АТ (Jg J, JgA) к плоду. 5. нарушение всех видов обмена, сосудистого эндотелия, отечный синдром Разместите формы гемолитической болезни в порядке возрастания тяжести: 1. отечная 2. анемическая 3. желтушная Укажите правильную последовательность основных звеньев патогенеза ХПН: 1. поражение плацентарного барьера 2. нарушение инвазии трофобласта 3. нарушение фетоплацентарного кровотока 4. снижение компенсаторно-приспособительных реакций 5. патологические изменения маточно-плацентарного кровотока	5,3,1,2,4 4,3,2,5,1 2,3,1 2,5,3,4,1
--	--	---

	Установите правильную последовательность звеньев патогенеза акушерского перитонита: 1. необратимая полиорганная недостаточность 2. циркуляторная, тканевая гипоксия 3. образование экссудата, гипоксия 4. гиповолемический септический шок, ДВС 5. прогрессирующие нарушения органной гемодинамики, микроциркуляции Установите алгоритм действий врача при эндометрите: 1. выскабливание стенок полости матки 2. оценка эффективности терапии 3. установление диагноза 4. УЗИ 5. интенсивная терапия в течение 1-2 суток Расположите в хронологическом порядке основные этапы ОКС в модификации Stark: 1. лапаротомия по Джоэл – Кохену; 2. извлечение плода, удаление последа; 3. выведение матки на переднюю брюшную стенку; 4. поперечный разрез матки в нижнем её сегменте; 5. ушивание матки; 6. ушивание передней брюшной стенки. Расположите в наиболее вероятном хронологическом порядке осложнения, возникающие при ОКС: 1. нагноение послеоперационной раны на передней брюшной стенке 2. эндометрит 3. внутрибрюшное кровотечение 4. формирование «несостоятельного» рубца на матке 5. эндометриоз послеоперационного рубца	3,5,2,4,1 3,5,2,4,1 1,4,2,3,5,6 1,4,5,2,3,6
--	---	---

3.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Сформулируйте вероятный диагноз. Повторнородящая 30 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. В анамнезе 1 физиологические роды, 6 артифициальных аборт. Течение первого и второго периодов родов без осложнений. Через 10 мин. после рождения плода началось кровотечение из половых путей. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Кровопотеря 500 мл., кровотечение продолжается. Сформулируйте вероятный диагноз. Первобеременная 19 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструации в течении двух месяцев. Соматический анамнез: в 15 лет перенесла единственную атаку ревматизма, после которой сформировался порок сердца. Ежегодно получает профилактическое противорецидивное лечение. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски; акроцианоза нет. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. При аускультации выявлено ослабление I тона, короткий убывающий систолический шум на верхушке. Пульс 76 в минуту, ритмичен, удовлетворительных свойств, АД 115/70 – 115-65 мм.рт.ст. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, не увеличен, край печени у реберной дуги, отеков нет. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки в антефлексию-версию, мягкой консистенции, увеличено соответственно 6-7 неделям беременности, подвижно, безболезненно. Придатки не определяются, область их безболезненна. Сформулируйте клинический диагноз. К врачу женской консультации с целью постановки на диспансерный учет обратилась первобеременная 19 лет. С 14 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулин. Срок беременности 10 недель. Жалобы на жажду, сухость во рту, повышенный аппетит, полиурию. Кожа и слизистые бледные. Пульс 90 в мин. удовлетворительных свойств. АД 130/90 мм рт ст. Отеков нет. Сахар крови 15,8 ммоль/л. Гликированный гемоглобин 8,5%	Беременность 40 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция, передний вид. Роды 2, срочные, 3 период. Плотное прикрепление плаценты? Истинное приращение плаценты? ОГА. Беременность 6-7 недель. Ревматизм, ремиссия. Приобретенный порок сердца: митральная недостаточность. ХСН 0. Беременность 10 недель. СД 1 типа, тяжелое течение. Диабетическая ангио- ретинопатия, нефропатия. Кетоацидоз.
----	----------------------------------	--	--

	В анализе мочи: сахар 2,6%, белок 0,99%, большое количество цилиндров, реакция на ацетон (+++). Консультация окулиста: артерии глазного дна спазмированы, вены расширены, пролиферативная ретинопатия, множество свежих и старых мелкоочечных кровоизлияний. В родильное отделение доставлена роженица с жалобами на головную боль, тошноту, мелькание "мушек" перед глазами, схваткообразные боли внизу живота. Настоящая беременность пятая, срок 39 недель. В анамнезе: одни физиологические роды, 3 медицинских аборта без осложнений. С 30 недель данной беременности отмечает отеки, повышение АД до 150/100 мм.рт.ст. Лечения не получала. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние беременной тяжелое. Кожные покровы обычной окраски, выраженные распространенные отеки. Пульс 92 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 180/110 -175/100 мм.рт.ст. Над всей поверхностью легких везикулярное дыхание. ЧДД 24 в минуту. Родовая деятельность в течение 6 часов. Схватки по 40-45 секунд, 3 схватки за 10 минут, умеренной силы и болезненности. Вне схваток матка хорошо расслабляется, базальный тонус нормальный. ВДМ 36 см. ОЖ 95 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка хорошо прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 140 в минуту. Патологических выделений из гениталий нет. ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки сглажена, края зева тонкие, мягкие, растяжимые. Открытие маточного зева 8-9 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева. Сформулируйте клинический диагноз. В родильное отделение доставлена роженица с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, головную боль, слабость, сонливость. По информации сопровождающего персонала, дома отмечалось два судорожных приступа с потерей сознания. Соматический анамнез отягощен хроническим пиелонефритом с частыми обострениями. Настоящая беременность вторая, срок 37-38 недель, роды вторые. С 32 недель отмечается гипертензия, отеки – не лечилась. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние роженицы тяжелое. В сознании, однако, в окружающем ориентируется плохо, на вопросы отвечает неадекватно, заторможена. Зрачки обычных размеров, равновеликие; корнеальный и зрачковый рефлекс сохранены. Выраженные распространенные отеки. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС 100 в минуту. АД 180/110 мм.рт.ст. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Родовая деятельность продолжается 9 часов. Схватки по 40-45 секунд, 4 за 10 минут, потужного характера. Вне схватки матка расслабляется хорошо, симметрична, безболезненна, ВДМ 35 ОЖ 92 см. Положение плода продольное, головное предлежание; головка в полости малого таза. Сердцебиение плода не определяется. Патологических выделений из гениталий нет.	Беременность 39 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция. Роды 2, срочные, 1 период, активная фаза. Тяжелая преэклампсия. ОГА. Беременность 37-38 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция передний вид. Роды 2, срочные, 2 период. Эклампсия. Антенатальная гибель плода. Хронический пиелонефрит.
--	---	---

	ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки не определяется, открытие полное. Головка в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Плодного пузыря нет. Данные дополнительного обследования: гематокрит 42%; общий белок крови 52г/л; билирубин 58 мкмоль/л; АСТ 50 МЕ/л; АЛТ 70 МЕ/л; свертывающая система: фибриноген 6,2 г/л; протромбиновое время 10 сек; тромбиновое время 20 сек; АЧТВ 20 сек.; Тромбоциты – 100x10⁹/л. Сформулируйте клинический диагноз. Повторнородящая 28 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. В анамнезе 2 физиологических родов, 1 патологические, осложнившиеся гипотоническим кровотечением, 6 искусственных абортов. Течение настоящих родов осложнилось первичной слабостью родовой деятельности, в связи с чем проводилась родостимуляция окситоцином. Продолжительность первого периода родов 13 часов, второго – 40 минут. Родилась живая доношенная девочка массой 4300. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. С последом одномоментно выделилось около 400 мл. крови. Родовые пути осмотрены в зеркалах – целы. Матка сократилась недостаточно, периодически расслабляется, дно ее на уровне пупка. Из половых путей порциями выделяется кровь, жидкая и в сгустках. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Кровопотеря составила 600 мл, кровотечение продолжается. Сформулируйте клинический диагноз. Первобеременная 32-х лет, направлена в отделение патологии беременных. Артериальное давление до беременности не повышалось. С 26 недель беременности зарегистрировано в ЖК повышение АД до 140/90 мм рт.ст., получала допегит 250 мг 2 раза в день, давление снизилось до 120/70 мм рт.ст. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 31 года, беременность первая наступила сразу, срок ее 34-35 нед. С 33 нед. беременности отмечаются отеки нижних конечностей, в последние две недели - стойкая гипертензия. Получает допегит 250 мг 2 раза в день. Состояние беременной при осмотре удовлетворительное, жалоб нет. PS 84 в мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 145/90, 150/90 мм рт.ст. В моче — белок 2 г/л. Живот увеличен за счет беременности ВДМ 35 см ОЖ 96 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 136 в мин., слева ниже пупка. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей. Шейка матки отклонена к крестцу, длиной 3,5 см. ткани ее плотные. Цервикальный канал закрыт. Через своды определяется предлежащая головка. Костный таз не изменен. Сформулируйте клинический диагноз.	Беременность 40 недель. Положение плода продольное, головное предлежание. Роды 3 срочные. Ранний послеродовый период. Первичная слабость родовой деятельности, родостимуляция. Крупный плод. ОАГА. Гипотоническое маточное кровотечение. Беременность 34-35 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция. Умеренная преэклампсия.
--	--	--

	Первородящая 23 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью, продолжающейся 6 часов. Настоящая беременность первая, с 30 нед. беременности появились клинические признаки гестационного пиелонефрита, лечение не проводилось. В течение последнего месяца - отеки нижних конечностей, стойкая гипертензия. Состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. PS 80 в мин, ритмичный. АД 150/100 мм. рт.ст. Схватки по 40 сек., умеренной силы, болезненные, 3 схватки за 10 мин. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, слева ниже пупка 140 в мин. Размеры таза 25-28-31-20см. ВДМ 36 см., ОЖ 100 см. Отеки нижних и верхних конечностей. В анализе мочи - белок 1,26 г/л, лейкоцитов 25- 30 в поле зрения. Биохимические тесты в норме. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, мягкие, открытие 4 см. Плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Костный таз не изменен. Сформулируйте клинический диагноз. Родильница, 14-е сутки послеродового периода, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение. Течение беременности осложнилось железодефицитной анемией, кольпитом, гестационным пиелонефритом с острым течением; родов - разрывом шейки матки 2 степени, частичным плотным прикреплением плаценты, патологической кровопотерей. В родах произведено ручное отделение плаценты. Выписана на 7-е сутки с явлениями умеренно выраженной анемии. Считает себя больной в течение пяти суток, когда появились: повышение температуры до 39-40, ознобы, боли внизу живота, слабость, головная боль, одышка, гнойные выделения из половых путей. В течение последних суток отмечается ухудшение состояния. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, с серо-желтушным оттенком, акроцианоз, на коже живота, конечностей мелкоточечная геморрагическая сыпь. Т - 39,2⁰. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс 126 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60-85/60 мм.рт.ст. Над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 30-32 в минуту. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Край печени на 4 см. ниже реберной дуги, плотный, болезненный, Селезенка увеличена в размерах. Живот обычных размеров, не вздут, в акте дыхания участвует всеми отделами. При пальпации безболезнен во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательны. При аускультации - перистальтика активная, перкуторно-тимпанический звук над всей поверхностью. Дно матки за лоном. Выделения гнойные. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка матки цилиндрической формы, слева определяется разрыв, ушитый тремя швами, края разрыва с гнойным налетом, наружный зев щелевидный, из цервикального канала обильные гнойные выделения.	Беременность 40 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 1 позиция. Роды 1, срочные 1 период, латентная фаза. Гестационный пиелонефрит. Умеренная преэклампсия. 14-е сутки послеродового периода. Разрыв шейки матки, частичное полное прикрепления плаценты. Операция ручного обследования полости матки. Отделение плаценты и выделение последа. Острый эндометрит. Сепсис. Полиорганная недостаточность. ДВС. Железодефицитная анемия 1 ст.
--	---	---

	БИМАНУАЛЬНО: шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал проходим за внутренний зев для 2 см. Тело матки в антефлексии-верзио, увеличено соответственно 10-11 неделям беременности, мягкой консистенции, болезненно при пальпации. Придатки не определяются. Область их безболезненна. Своды глубокие, параметрии свободны. Лабораторно: ОАК: лейкоцитов $18 \times 10^9/\text{л}$, Эр. – $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 98 г/л, сдвиг формулы влево, незрелые формы 18%; Тр $98 \times 10^9/\text{л}$; общий белок 52 г/л свертывающая система крови: фибриноген 2,0 г/л 1. Сформулируйте клинический диагноз. В гинекологическое отделение доставлена больная с жалобами на схваткообразные боли в левой подвздошной области, кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. Считает себя беременной. В анамнезе три медицинских аборта, последний осложнился эндометритом. Больна в течение недели, когда появились периодические схваткообразные боли в левой подвздошной области, темные кровянистые выделения из гениталий. В день поступления боль усилилась. Состояние больной удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски. PS80 мин. ритмичен. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации болезненен в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Данные гинекологического исследования: цианоз шейки и влагалища. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный закрыт. Из цервикального канала темные кровянистые выделения. Бимануально: тело матки в антефлексии-верзио, мягкой консистенции, увеличено соответственно 5-6 недельной беременности, безболезненно. В области левых придатков определяется болезненное опухолевидное образование размерами 10x4x4 см. Правые придатки не изменены. Своды глубокие. Сформулируйте диагноз. Повторнородящая 32 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью и отошедшими околоплодными водами. В анамнезе трое физиологических родов, четыре искусственных аборта. Настоящая беременность восьмая, доношенная. Поведение роженицы беспокойное. Жалуется на постоянные боли внизу живота, сильные болезненные схватки. Лицо гиперемировано. Пульс 102 в мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Регулярная родовая деятельность продолжается 8 часов Схватки по 50-60 сек, сильные, 5 схваток за 10 мин., болезненные, потужного характера. Вне схваток матка расслабляется плохо. Матка вытянута в поперечном размере, имеет неправильную форму. Нижний сегмент истончен, перерастян, болезненен. Контракционное кольцо стоит косо, на уровне пупка. На уровне пупка справа определяется плотная, крупная, округлая часть, слева - крупная мягкая часть. Сердцебиение плода справа на уровне пупка, ритмичное, приглушенное 170 в мин. Мочевой пузырь переполнен, мочеиспускание нарушено. Моча выведена катетером со значительной примесью крови. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы отечны. Шейка матки в виде каймы, открытие почти полное, края зева отечны. Определяется плечико плода, глубоко вколоченное в таз, ребра, подмышечная впадина.	Беременность 8-9 недель. Левосторонняя внематочная беременность. ОГА. Беременность 40 недель. Роды 8, срочные, 2 период. Угрожающий разрыв матки Запущенное поперечное положение плода. Внутритрубная гипоксия плода. ОГА.
--	--	--

	Мыс не достижим. Емкость таза удовлетворительная. При влагалищном исследовании появились кровянистые выделения из влагалища. На основании представленных жалоб, анамнеза и объективных данных можно сформулировать следующий клинический диагноз Повторнородящая 25 лет, поступила в родильное отделение по поводу регулярной родовой деятельности при доношенной беременности, отхождения околоплодных вод. В анамнезе одни физиологические роды, три искусственных аборта, последний осложнился эндометритом. Состояние роженицы удовлетворительное. Размеры таза 25-28-31-20 см. ВДМ 37 см. ОЖ - 96 см. Регулярная родовая деятельность продолжается 8 часов. Схватки по 20-25 сек, слабой интенсивности, 2 схватки за 10 мин. Безводный период 8 часов. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 140 в мин., справа ниже пупка. Подтекают светлые околоплодные воды. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, открытие 3-4 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа. Емкость таза удовлетворительная. Сформулируйте диагноз. Повторнобеременная 26 лет, поступила в ОПБ для подготовки к родоразрешению. Срок беременности 32 нед. В анамнезе в 13-летнем возрасте открытый перелом голени с массивным кровотечением, гемотрансфузия. Настоящая беременность четвертая, срок ее 30 недель. Первая и вторая беременности закончились самопроизвольными выкидышами. При обследовании у беременной выявлена резус-отрицательная кровь, титр антирезус-антител 1:128. Третья беременность закончилась преждевременными родами в сроке 33 недели, родился мертвый ребенок массой 3200, отечный с выраженным синдромом гепатоспленомегалии. Течение настоящей беременности патологическое - с 10-и недель определяется титр антирезус антител 1:64. Трижды проводились курсы десенсибилизирующей терапии. Состояние беременной удовлетворительное. Жалоб нет. Размеры таза 25-28-31-20 ВДМ-32 см, ОЖ -92 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное 160 в мин. Титр антирезус антител 1:256. По данным УЗИ - плацента в дне матки, толщина ее 47 мм. У плода - двойной контур головки, асцит, увеличение печени. Сформулируйте диагноз. Первобеременная 30 лет, поступила в отделение патологии при сроке беременности 35-36 нед. С 20 лет страдает латентной формой хронического гломерулонефрита. Менструации с 13 лет, нерегулярные; в течение 5 лет - первичное бесплодие. С 30 недель – отеки нижних конечностей, стойкая гипертензия, протеинурия. Жалоб нет. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 170/110 – 165/100 мм.рт.ст. Матка в нормотонусе. ОЖ – 88см, ВДМ – 30см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 150 в 1 мин. При УЗИ – нарушение МППК II ст.; размеры плода соответствуют 32 нед. Данные влагалищного исследования: влагалище	Беременность 40 недель. Положение плода продольное, головное предлежание, 2 позиция. Роды вторые, срочные. Раннее излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Крупный плод. ОГА. Беременность 32 недели. Резус-сенсибилизация. Отечная форма гемолитической болезни плода (водянка плода). Хроническая внутриутробная гипоксия плода. ОАГА. Привычное невынашивание беременности. Постгеморрагический синдром? Беременность 35-36 недель. Положение плода продольное головное предлежание. Тяжелая преэклампсия (на фоне хронической болезни почек). Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода. ОГА. Первичное бесплодие. Хронический гломерулонефрит, латентная форма
--	--	--

		нерожавшей. Шейка матки отклонена к крестцу, плотная, длиной 3,5см. Цервикальный канал закрыт. Через своды влагалища пальпируется предлежащая головка плода небольших размеров. Костный таз не изменен. Сформулируйте диагноз. В родильный дом поступила повторнобеременная при сроке беременности 36-37 недель с алыми кровянистыми выделениями из влагалища, которые появились ночью. В анамнезе два искусственных аборта без осложнений. Кожные покровы бледной окраски. Рс 90 в мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Дно матки у реберной дуги. Матка в нормальном тонусе, безболезненная. Положение плода продольное, головка плода пальпируется высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 180 в мин. При влагалищном исследовании: (произведено в условиях развернутой операционной), определяется шейка матки длиной 2 см. Наружный зев закрыт. Через своды влагалища определяется тестоватость. Продолжается умеренное кровотечение. Общая кровопотеря 400 мл. Сформулируйте диагноз.	Беременность 36-37 недель. Положение плода продольное, головное предлежание. Предлежание плаценты. Острая антенатальная гипоксия плода. ОГА.
4.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	1. Перечислите действия врача при кровотечении, обусловленном нарушением выделения последа: 2. Что определяется при помощи 1 приема Леопольда-Левицкого 3. Проводная ось таза – это	Определить признаки отделения плаценты, применить методы наружного отделения плаценты (метод Амбуладзе), выполнить операцию ручного отделения плаценты. Высота стояния дна матки Точка пересечения всех прямых размеров

		4. Перечислите размеры большого таза 5. Продолжительность 3 периода родов не должна превышать 6. Ведущим методом в диагностике предлежания плаценты, является _____ 7. Вращение плаценты – это 8. ПОНРП – это 9. Перечислите современные методики наложения компрессионных швов на матку: 10. Допустимая кровопотеря при естественных родах составляет – 11. Каким размером прорезывается головка плода при переднем виде затылочного предлежания: 12. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является: 13. Предлежание плаценты это –	25-26 28-29 30-31 20-21 30 минут УЗИ (трансвагинальное) Акушерская патология, при которой инвазия трофобласта происходит в базальный слой, миометрий и окружающие органы. Отделение плаценты от стенки матки до рождения плода. Шов Перейра, В-Lynch, вертикальный шов, шов по Радзинскому и Рымашевскому, квадратный шов. 0,5 % от ОЦК Малым косым размером Малый родничок Локализация плаценты в области нижнего маточного сегмента полностью или частично перекрывая область внутреннего зева или не выше, чем на 3 см от него.
--	--	--	---

		14. Непролный разрыв матки - 15 . Что отличает умеренную преэклампсию от тяжелой преэклампсии:	разрыв не проникающий в брюшную полость появление общемозговой симптоматики, симптомов полиорганной недостаточности
5.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов является: 1.нарушение в система гемостаза 2.частичное плотное прикрепление плаценты 3.частичное истинное приращение плаценты 4.разрыв шейки матки 5.задержка частей плаценты. Начальным критерием гипертензии при преэклампсии является АД выше: 1. 120/80 мм.рт.ст 2. 135/85 мм.рт.ст 3. 140/90 мм.рт.ст 4. 145/90 мм.рт.ст 5. 150/100 мм.рт.ст Современными особенностями преэклампсии являются: 1. преобладание сочетанных форм 2. раннее начало преэклампсии во второй половине беременности 3. волнообразное течение 4. резистентность к проводимому лечению 5. все ответы правильны	2 3 5

	Современными особенностями преэклампсии являются: 1. преобладание атипичных форм 2. «стертое» течение 3. длительное течение 4. высокая материнская смертность 5. все ответы верны Клинико-лабораторными критериями умеренной преэклампсии являются: 1. гипертензия не выше 159/109 мм.рт.ст. 2. ангиоретинопатия 3. прирост АД 25-30% к исходному 4. ХПН, СЗРП I степени 5. альбуминурия 0,3 г/л и более в суточном количестве мочи Клинико-лабораторными критериями тяжелой преэклампсии являются: 1. артериальная гипертензия свыше 160/110 мм.рт.ст. 2. выраженные изменения лабораторных данных 3. ангиопатия II ст., ангиретинопатия 4. ХПН, СЗРП II-III ст. 5. все ответы верны Для кровотечения при предлежании плаценты характерно: 1. внезапность возникновения 2. рецидивирующий характер 3. безболезненность 4. различная интенсивность 5. все выше перечисленное Наиболее характерный клинический симптом предлежания плаценты: 1. боли внизу живота	5 1,3,4,5 5 5 4
--	--	--

	2. изменение сердцебиения плода 3. изменение формы матки 4. кровотечение различной интенсивности излитие вод Клинические признаки тяжелой формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: 1. внутреннее и наружно-внутреннее кровотечение 2. болевой синдром 3. острая гипоксия плода 4. гипертонус, асимметрия матки 5. все перечисленное выше Основным фактором, определяющим развитие острой формы ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, является: 1. маточно-плацентарная апоплексия 2. морфофункциональные изменения плаценты 3. повреждение эндотелия сосудов 4. поступление тромбопластических тканевых субстанций в кровеносную систему матери 5. все перечисленное выше Наиболее частой формой аномалии родовой деятельности является: 1. чрезмерная родовая деятельность 2. патологический прелиминарный период 3. первичная слабость родовой деятельности 4. дискоординированная родовая деятельность 5. вторичная слабость родовой деятельности К общим причинам первичной слабости родовой деятельности относится все кроме: 1. тяжелые экстрагенитальные заболевания 2. аномалии развития матки	5 4 4 2
--	---	-------------------------------------

	3. органические и функциональные заболевания ЦНС 4. хроническая плацентарная недостаточность инфекции и интоксикации Основные симптомы «угрожающего» разрыва промежности – это: 1. истончение тканей промежности; 2. беспокойное поведение роженицы; 3. непроизвольное отхождение каловых масс; 4. бледность кожи промежности, появление на ней поверхностных трещин. 5. признаки острой интранатальной гипоксии плода. Причинами разрывов шейки матки являются: 1. рубцово-травматические деформации шейки 2. предлежание плаценты 3. аномалии родовой деятельности 4. перенашивание беременности 5. все вышеперечисленное Для разрыва матки характерно: 1. нарушение целостности стенки матки 2. болевой и геморрагический шок 3. перинатальная смертность 4. материнская смертность 5. все вышеперечисленное Патогенетическая классификация самопроизвольных разрывов матки включает: 1. механические 2. гистопатические 3. механико-гистопатические 4. все вышеперечисленные 5. правильные ответы 1,3	1,4 5 5 4
--	--	---------------------------------------

		Определяющим клиническим признаком начавшегося разрыва матки относятся: 1. беспокойное поведение, родовой шок 2. кровянистые выделения из влагалища 3. матка в форме «песочных часов» 4. частые, сильные, болезненные схватки 5. отек шейки, влагалища Перечислите неблагоприятные последствия преждевременных родов для новорожденных: 1. повышение перинатальной смертности 2. внутричерепные травмы, кровоизлияния, травмы шейного отдела позвоночника 3. отставание психо – соматического развития 4. развитие гидроцефалии 5. появление почечно – печёночной недостаточности. При определении степени тяжести гемолитической болезни новорожденного необходимо учитывать все, кроме: 1. уровня непрямого билирубина 2. количества ретикулоцитов 3. уровня гемоглобина 4. количества эритроцитов 5. количества лейкоцитов Какие фетометрические параметры используют с целью диагностики ЗРП, определения его формы и степени тяжести: 1. бипариетальный размер головки плода 3. длина бедра плода 4. диаметр (окружность) живота, груди 5. теменно-копчиковый размер 6. все перечисленные выше параметры	2 1,2,3 5 5
--	--	---	---

	Основной целью проведения антенатальной кардиотокографии является: 1. диагностика нарушений сердечного ритма плода 2. выявление и определение степени тяжести гипоксии плода по частоте сердечных сокращений 3. определение сократительной активности миометрия 4. оценка биофизического профиля плода 5. определение пороков развития сердца плода С помощью УЗИ можно определить: 1. локализацию, структуру, степень зрелости плаценты 2. биофизический профиль плода 3. состояние маточно-плацентарного кровотока 4. состояние фетоплацентарного кровотока 5. все перечисленное Гипоксия плода характеризуется: 1. недостатком поступления O_2 2. недостаточным снабжением O_2 тканей или неадекватной его утилизацией 3. развитием метаболического ацидоза 4. комплексом клинических признаков 5. морфологическими изменениями в органах Для послеродового сепсис-синдрома характерно наличие: 1. выраженного интоксикационного синдрома (гектическая температура, ознобы) 2. токсическое поражение ЦНС (головная боль, сопор) 3. дистресс-синдром (одышка, хрипы) 4. почечно-печеночная недостаточность 5. все ответы верны	1,2,3 5 2,3,4,5 5
--	--	---

		К общим методам обследования беременных относят: 1. перкуссия 2. влагалищное исследование 3. УЗИ 4. опрос 5. осмотр	1,4,5
		К специальным методам обследования беременных относят: 1. опрос 2. приемы наружного акушерского исследования 3. пельвиометрия 4. УЗИ 5. влагалищное исследование	2,3,5
		К дополнительным методам обследования беременных относятся: 1. опрос 2. КТГ 3. осмотр 4. УЗИ 5. влагалищное исследование	2,4
		Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза: 1. 11 см 2. 13,5 см 3. 20-21 см	4

		4. 12,5-13 см 5. 25-26 см Расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей: 1. 24-25 см 2. 27-32 см 3. 30-32 см 4. 25-26 см 5. 23-24 см Расстояние между гребнями подвздошных костей: 1. 11 см 2. 20-21 см 3. 25-26 см 4. 30-32 см 5. 28-29 см К пограничным состояниям новорожденного относят все перечисленные ниже, кроме: 1. транзиторного уменьшения первоначальной массы тела 2. транзиторной гипертензии 3. физиологической эритемы 4. гормонального криза 5. физиологической желтухи Для своевременного вдоха новорожденного необходимо наличие всех перечисленных ниже факторов, кроме: 1. адекватной чувствительности нервной системы к внешним раздражителям 2. достаточной зрелости легочной ткани 3. сопряженных с началом дыхания изменений гемодинамики	4 5 2 4
--	--	---	-------------------------------------

	4. полицитемии 5. зрелости механизмов, регулирующих дыхательную функцию Укажите факторы, способствующие быстрейшему восстановлению первоначальной массы тела новорожденного, после ее транзиторного уменьшения: 1. раннее прикладывание к груди 2. оптимальный тепловой режим 3. режим “свободного питания” 4. лечение гипогалактии 5. все перечисленное выше Уменьшение первоначальной массы тела здорового доношенного новорожденного составляет: 1. более 10% 2. от 3 до 10% 3. 6% 4. не более 1% 5. от 1 до 3% Максимальное уменьшение первоначальной массы новорожденного наблюдается: 1. через 1-2 дня после рождения 2. на 3-4-й день жизни 3. на 5-й день жизни 4. на 7-й день жизни 5. по окончании раннего неонатального периода Основными причинами физиологической потери массы у новорожденного являются: 1. гиперальдостеронизм 2. потеря воды через почки и легкие при дыхании	5 2 2 5
--	--	-------------------------------------

	3. отсыхание пуповинного остатка 4. выделение мекония и мочи 5. все выше перечисленное. Показаниями к операции кесарева сечения при ПЭ, Э являются: 1. эклампсия при беременности, в первом периоде родов 2. преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения и родовозбуждения 3. осложнения (кома, кровоизлияния в мозг, сетчатку) 4. тазовое предлежание при тяжелых формах преэклампсии 5. все ответы верны Показаниями к выключению потуг во втором периоде родов при ПЭ,Э являются: 1. эклампсия 2. преэклампсия тяжелой степени 3. некоррегируемая гипертензия 4. острая гипоксия плода 5. все ответы верны Определяющим методом лечения преэклампсии является: 1. лечебно-охраняющий режим 2. досрочное родоразрешение 3. устранение генерализованного артериолоспазма 4. коррекция гиповолемии, гипопротеинемии 5. коррекция нарушений микроциркуляции Для инфузионно-трансфузионной терапии тяжелых форм применяют перечисленные ниже средства: 1. альбумин при гипоальбуминемии	5 5 2 4,1
--	---	---------------------------------------

	2. однотипную резус-совместимую кровь 3. концентрированные растворы кристаллоидов (10-20% р-ры глюкозы) 4. физиологический раствор, сбалансированные кристаллоиды 5. препараты ГЭК Укажите оптимальную тактику врача при тяжелой преэклампсии с осложнениями во время беременности: 1. комплексная интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения 2. комплексная интенсивная терапия с последующим родовозбуждением 3. кесарево сечение в экстренном порядке 4. родовозбуждение с последующим родоразрешением через естественные родовые пути 5. комплексное поэтапное обезболивание Диагностическими критериями HELLP-синдрома являются: 1. гемолиз 2. тромбоцитопения 3. гипопротеинемия 4. протеинурия 5. гипербилирубинемия, повышение концентрации АСТ, АЛТ. К эктопической беременности относят: 1. трубная 2. маточная 3. яичниковая 4. шеечная 5. брюшная Наиболее информативным методом диагностики трубной беременности является:	3 1,2,5 1,3,4,5 3
--	--	---

	1. диагностическое выскабливание стенок полости матки с гистологическим исследованием соскоба 2. ультразвуковое сканирование 3. лапароскопия 4. пункция брюшной полости через задний свод 5. радиоиммунологическое определение хорионического гонадотропина крови Перечислите причины предлежания плаценты: 1. дистрофические изменения слизистой оболочки матки (аборты, воспалительные процессы) 2. понижение протеолитических свойств плодного яйца 3. гестоз 4. генитальный инфантилизм 5. аномалии развития матки Перечислите причины предлежания плаценты: 1. иммуногематологический конфликт 2. патология шейки матки 3. опухоли матки 4. рубец на матке 5. дистрофические изменения эндометрия При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности: 1. 8-12 недель 2. 16-20 недель 3. 22-24 недели 4. 28-32 недели 5. 36-40 недель	1,2,4,5 2,3,4,5 4
--	---	--

	Наиболее частой причиной возникновения предлежания плаценты являются: 1. аномалии развития матки 2. воспалительные процессы гениталий 3. миома матки 4. эндометриоз аборты Укажите осложнения запоздалых родов, для матери: 1. антенатальная гибель плода 2. клинически узкий таз 3. аномалии родовой деятельности 4. хориоамнионит 5. высокая частота оперативного родоразрешения Синдром Беллентайна-Рунче включает: 1. отсутствие сыровидной смазки 2. мацерация, десквамация кожи 3. плотность костей черепа, узость швов и родничков 4. склонность к асфиксии, пневмо- и энцефалопатии. 5. все выше перечисленное Тактика врача в случае тенденции к перенашиванию беременности: 1. решение вопроса о способе родоразрешения 2. подготовка родовых путей 3. оценка состояния плода	5 2,3,4,5 5 3,4,2,1,5
--	---	---

	4. оценка состояния родовых путей 5. родоразрешение Тактика врача в случае появления децелераций на кардиотокограмме при сроке беременности 41 нед. и наличии “зрелой” шейки матки: 1. выполнение амниотомии и ведение родов под кардиомониторным контролем 2. лечение гипоксии плода внутривенным введением курантила с последующим динамическим кардиотокографическим контролем 3. родоразрешение путем кесарева сечения 4. любое из перечисленных выше действий 5. ничего из перечисленного выше Действия врача при нарастании тяжести хронической гипоксии плода в первом периоде запоздалых родов: 1. продолжение ведения родов под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода 2. лечение гипоксии плода, продолжение консервативного ведения родов 3. наложение акушерских щипцов 4. выполнение кесарева сечения в экстренном порядке 5. стимуляция родовой деятельности окситоцином Во втором периоде запоздалых родов возможны все перечисленные ниже осложнения, кроме: 1. вторичной слабости родовой деятельности 2. клинически узкого таза 3. острой гипоксии плода 4. травмы мягких тканей родовых путей 5. раннего излития околоплодных вод	1 4 5
--	--	---

	Противопоказанием к вынашиванию беременности является следующая форма порока сердца: 1. дефект межпредсердной перегородки 2. митральный стеноз 3. недостаточность митрального клапана 4. пролапс митрального клапана 5. открытый артериальный проток Определите противопоказания к вынашиванию беременности при сердечно-сосудистой патологии: 1. дефект межпредсердной перегородки 2. аортальный стеноз 3. дефект межжелудочковой перегородки 4. недостаточность митрального клапана 5. недостаточность трикуспидального клапана Определите противопоказания к вынашиванию беременности при сердечно-сосудистой патологии: 1. активный ревматический процесс 2. дефект межпредсердной перегородки 3. недостаточность аортального клапана 4. недостаточность митрального клапана 5. наличие признаков хронической сердечной недостаточности Период максимальной гемодинамической нагрузки сосудистой патологии совпадает с гестационным сроком: 1. 16-18 нед.	2 2,3,5 1,3,5 3
--	---	---

		2. 22-24 нед. 3. 32-34 нед. 4. 36-37 нед. 5. 39-40 нед. Установите алгоритм действий врача в третьем «критическом» периоде у беременных с пороками сердца: 1. определение срока и способа родоразрешения, родоразрешение 2. родовая госпитализация в ОПБ 3. выявление и лечение акушерских осложнений 4. проведение курса лечения основного заболевания 5. уточнение терапевтического диагноза Показаниями к досрочному родоразрешению при заболеваниях сердечно-сосудистой системы являются: 1. форма порока 2. активность ревматического процесса (A1-A3) 3. наличие признаков сердечной недостаточности (ХСН I-III) 4. нарастание легочной гипертензии 5. преэклампсия К типичным осложнениям родов для матерей при сахарном диабете относятся: 1. интранатальная гибель плода 2. высокая частота оперативного родоразрешения 3. гипотоническое кровотечение 4. хориоамнионит 5. интранатальная гибель плода	2,5,4,3,1 2,3,4,5 2,3,4
--	--	--	--

	К типичным осложнениям послеродового периода при сахарном диабете относятся: 1. дистоция плечиков 2. гипогалактия 3. послеродовые гнойно-воспалительные заболевания 4. клинически узкий таз 5. ранняя неонатальная смертность	2,3,5
	Противопоказаниями к сохранению беременности при сахарном диабете, является все, кроме: 1. диабет у обоих родителей 2. инсулинорезистентность 3. макросомия при предыдущей беременности 4. тяжелая форма сахарного диабета с прогрессирующими сосудистыми осложнениями 5. сочетание с туберкулезом	3
	Укажите осложнения беременности при сахарном диабете: 1. преэклампсия 2. многоводие 3. диабетическая фетопатия 4. аномалии развития плода 5. перенашивание беременности	1,2,3,4
	Для новорожденного с диабетической фетопатией характерны следующие клинические признаки: 1. крупная масса к сроку гестации (макросомия) 2. кушингоидный внешний вид, ожирение 3. чрезмерное развитие плечевого пояса 4. гипертрихоз 5. все вышеперечисленное	5

		Для новорожденных с диабетической фетопатией характерно все, кроме: 1. склонность к РДСН 2. признаки морфофункциональной незрелости 3. синдром угнетения ЦНС 4. признаки эксикоза 5. мышечная гипотония	4
		Эффективность родовой деятельности объективно оценивается: 1. по частоте и продолжительности схваток 2. по длительности родов 3. по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки 4. по состоянию плода 5. по времени излития околоплодных вод	3
		Дискоординированная родовая деятельность характеризуется: 1. непериодичными схватками 2. схватками различной интенсивности 3. болезненными схватками 4. замедленными темпами раскрытия шейки матки 5. всем вышеперечисленным	5
		Для первичной слабости родовой деятельности характерно: 1. наличие регулярных схваток 2. болезненные схватки 3. недостаточное продвижение предлежащей части 4. недостаточная динамика раскрытия шейки матки 5. запоздалое излитие околоплодных вод	4

		Слабость родовой деятельности характеризуется: 1. нарушением ритма сокращений матки 2. дистоцией шейки матки 3. наличием судорожных сокращений матки 4. отсутствием координированности сокращений между правой и левой половиной матки, верхними и нижними ее отделами 5. ничем из перечисленного выше	5
		При дискоординированной родовой деятельности наблюдается: 1. нарушение ритма сокращений различных отделов матки 2. дистоция шейки матки 3. гипертонус нижнего сегмента 4. все перечисленное выше 5. ничего из перечисленного выше	4
		Каковы возможные осложнения дискоординированной родовой деятельности: 1. родовое излитие околоплодных вод 2. разрывы шейки матки 3. нарушение маточно-плацентарного кровотока 4. гипотонические кровотечения 5. все перечисленные выше	5
		К признакам несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения при беременности относятся: 1. осложненное течение послеоперационного периода 2. истончение рубца на матке выявляемое при пальпации 3. локализация плаценты в области рубца	5

		4. истончение нижнего сегмента, наличие «ниш», ХПН, СЗРП (по УЗИ) 5. все вышеперечисленное К признакам угрожающего разрыва матки по рубцу относятся: 1. боли внизу живота, усиливающиеся при перемене положения 2. болезненность при пальпации рубца 3. признаки внутриутробной гипоксии 4. усиление боли внизу живота при влагалищном исследовании 5. все вышеперечисленное При угрожающем разрыве матки противопоказаны все операции, кроме: 1. наложения акушерских щипцов 2. вакуум-экстракции 3. кесарева сечения 4. классического акушерского поворота 5. экстракции плода за тазовый конец Неполный разрыв матки это: 1. разрыв длиной не более 5 см 2. разрыв, при котором плод не выходит в брюшную полость 3. разрыв не проникающий в брюшную полость 4. разрыв, при котором не возникает маточного кровотечения 5. все утверждения верны О чем свидетельствует высокое стояние и косое направление контракционного кольца: 1. о полном раскрытии шейки матки 2. об угрожающем разрыве матки	5 3 3 2
--	--	---	-------------------------------------

	3. о совершившемся разрыве матки 4. о крупном плоде 5. о дискоординации родовой деятельности О чем, вероятнее всего, свидетельствует появление крови в моче при длительном периоде изгнания у роженицы с анатомически узким тазом: 1. о наличии почечно-каменной болезни 2. о начинающемся разрыве матки 3. об отслойке плаценты 4. о травме мочевого пузыря 5. об образовании мочеполовых свищей Показанием к досрочному родоразрешению является все кроме: 1. титр анти-Rh-AT 1:16 и выше 2. титр анти-Rh-AT 1:8 3. ультразвуковые признаки гемолитической болезни плода 4. наличие отягощенного гемолитической болезнью акушерского анамнеза 5. наличие анти-Rh-AT в околоплодных водах. Прогноз при гемолитической болезни новорожденных в первую очередь определяется: 1. уровнем повышения непрямого билирубина 2. уровнем повышения прямого билирубина 3. этиологией гемолитической болезни 4. степенью зрелости ребенка 5. степенью выраженности анемии. При гемолитической болезни новорожденного желтуха появляется: 1. на 1-е сутки 2. на 3-е сутки	2 2 1,4 1
--	--	---------------------------------------

	3. на 5-е сутки 4. к концу первой недели 5. все ответы верны. Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни по резус фактору необходимо использовать кровь, совпадающую: 1. с группой крови ребенка Rh(-) 2. с группой крови ребенка Rh(+) 3. с группой крови матери Rh(-) 4. 0(I) Rh(-) 5. все ответы верны. Профилактическое введение иммуноглобулина анти Rh₀ (Д) беременным с Rh(-) кровью проводится в сроках: 1. 24-25 нед. 2. 28 нед. 3. 34 нед. 4. 38 нед 5. до 72 часов после родов Частота Rh – сенсibilизации после первых родов составляет: 1. 50% 2. 8-10% 3. 20-25% 4. 30-40% 5. более 50% Какой метод исследования наиболее достоверно свидетельствует о гипоксии плода:	1 2,3,5 2 4
--	--	---

		1. оценка двигательной активности плода 2. амниоскопия 3. амниоцентез 4. УЗИ с доплерометрией 5. функциональные пробы Укажите основные параметры, оцениваемые при анализе кардио-токограмм: 1. базальный ритм частоты сердечных сокращений 2. вариабельность базального ритма 3. наличие и частота акцелераций 4. наличие и характер децелераций 5. все перечисленное выше Перечислите признаки, по которым проводится оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. 1. рН крови 2. сердцебиение 3. дыхание 4. мышечный тонус 5. рефлексы Перечислите признаки, по которым проводится оценка состояния новорожденного по шкале Апгар: 1. уровень гемоглобина 2. крик 3. окраска кожи 4. сердцебиение	5 2,3,4,5 3,4
--	--	---	------------------------------------

	А. Цервикальный канал В. Влагалищная часть шейки матки Установите соответствие между возрастом женщины и типом зоны трансформации (чаще встречаемые): 1. Репродуктивный возраст 2. Постменопауза А. ЗТ 1 типа В. ЗТ 2 типа С. ЗТ 3 типа Установите соответствие между степенью дисплазии и классификацией CIN: 1. Аномальные клетки занимают более 2/3 толщины или весь пласт эпителия, но не проникают за базальную мембрану. 2. Эту стадию часто классифицируют как поражение высокой степени (HSIL). Чаще всего рекомендуется хирургическое лечение (эксцизия или конизация). 3. В 60–80% случаев эта стадия проходит самостоятельно (регрессирует) без лечения в течение 1–2 лет. Часто сопровождается признаками активной вирусной инфекции (койлоцитозом). А. CIN I В. CIN II С. CIN III Установите соответствие между цитологическим заключением по системе Бетесда и степенью CIN: 1. LSIL 2. HSIL А. CIN I В. CIN II–III Установите соответствие между патогенетическим типом РЭ и его характеристикой: 1. I тип	1а,2с 1с,2в,3а 1а,2в 1а,с 2в,d
--	---	--

		2. II тип А. Развивается на фоне гиперэстрогении В. Возникает в старшем возрасте на фоне атрофии С. Обычно высокодифференцированный Д. Низкодифференцированный, плохой прогноз Соотнесите тип АМК и его определение: <u>Типы:</u> А. Острое АМК Б. Хроническое АМК В. ОМК <u>Определения:</u> 1. Кровотечение, оказывающее негативное влияние на качество жизни женщины 2. Эпизод, требующий немедленного вмешательства 3. Кровотечение, сохраняющееся более 3 циклов Соотнесите препарат и механизм его действия при АМК: Препараты: А. Транексамовая кислота Б. НПВП В. Левоноргестрел-ВМС Механизмы: 1. Подавление локального фибринолиза в эндометрии 2. Ингибирование циклооксигеназы, снижение простагландинов 3. Прямое атрофическое действие на эндометрий Соотнесите возрастной период и наиболее частую причину АМК: <u>Периоды:</u>	2а,3б,1в 1а, 2б,3в 3а,1б,2в
--	--	---	---

	А. Пубертатный Б. Репродуктивный В. Постменопаузальный <u>Причины:</u> 1. Органическая патология 2. Атрофия эндометрия 3. Овуляторная дисфункция или коагулопатии Соотнесите метод исследования и его цель при АМК: <u>Методы:</u> А. Цитологическое исследование шейки матки Б. Микроскопия влагалищных мазков В. Коагулограмма <u>Цели:</u> 1. Исключение воспалительных заболеваний 2. Выявление цервикальной интраэпителиальной неоплазии 3. Оценка системы гемостаза Соотнесите категорию АМК по FIGO и пример: <u>Категории:</u> А. АМК-С Б. АМК-О В. АМК-Е <u>Примеры:</u> 1. Нарушение ангиогенеза эндометрия 2. Болезнь Виллебранда 3. Персистенция фолликула	2а,1б,3в 2а,3б,1в
--	--	---------------------------------

		Установите соответствие между фенотипом СПКЯ и его характеристикой: 1. Фенотип А 2. Фенотип В 3. Фенотип С 4. Фенотип D А) Гиперандрогения + олигоановуляция + ПКЯ Б) Гиперандрогения + олигоановуляция В) Олигоановуляция + ПКЯ Г) Гиперандрогения + ПКЯ Установите соответствие между видом терапии и её целью при климактерическом синдроме: 1. МГТ 2. СИОЗС 3. Локальная терапия эстриолом 4. Когнитивно-поведенческая терапия А) Лечение ГУМС Б) Психоэмоциональная коррекция В) Восполнение дефицита эстрогенов Г) Купирование вазомоторных симптомов при противопоказаниях к МГТ Установите соответствие между синдромом и его этиологией (проявлением): 1. Синдром Шихана 2. Посткастрационный синдром 3. СПКЯ 4. ВДКН А) Дефицит 21-гидроксилазы Б) Ишемический некроз гипофиза	1а,2б,3г,4в 1в,2г,3а,4б 1б,2г,3в,4а
--	--	--	---

		В) Инсулинорезистентность Г) Хирургическая менопауза Установите соответствие между режимом МГТ и показанием: 1. Монотерапия эстрогенами 2. Циклическая комбинированная терапия 3. Непрерывная комбинированная терапия 4. Монотерапия прогестагенами А) Перименопауза, интактная матка Б) Постменопауза, интактная матка В) Тотальная гистерэктомия Г) Профилактика гиперплазии эндометрия	1в,2а,3б,4г
2.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Определите правильную последовательность действий при диагностике миомы матки (расставьте в правильном порядке): А) Физикальное обследование Б) УЗИ органов малого таза В) Сбор жалоб и анамнеза Г) МРТ органов малого таза (по показаниям) Определите правильную последовательность этапов медикаментозной терапии при миоме матки (расставьте в правильном порядке): А) Оценка эффективности терапии каждые 3 месяца Б) Определение целей терапии (купирование симптомов) В) Выбор препарата с учётом эффективности, безопасности и экономической рентабельности Г) При неэффективности – назначение других препаратов Определите правильную последовательность действий при подозрении на лейомиосаркому (расставьте в правильном порядке): А) Проведение УЗИ и/или МРТ органов малого таза Б) Дифференциальная диагностика с миомой матки В) Патолого-анатомическое исследование операционного материала Г) Оценка быстрого роста опухоли Определите правильную последовательность шагов при предоперационной оценке субмукозной миомы (расставьте в правильном порядке): А) Определение размера и расположения миомы Б) Комбинация гистероскопии и УЗИ или гистерографии	в,а,б,г б,в,а,г г,а,б,в а,в,б,г

		В) Оценка отношения миомы к полости матки и толщины миометрия Г) Выбор доступа и объёма оперативного лечения Определите правильную последовательность стадий внутреннего эндометриоза (аденомиоза) согласно классификации: Расставьте в порядке возрастания стадий: 1. Распространение процесса на всю толщу миометрия до серозного покрова 2. Ограничение подслизистым слоем тела матки 3. Вовлечение соседних органов и париетальной брюшины 4. Переход на мышечные слои Определите правильную последовательность этапов диагностики при подозрении на эндометриоз: 1. Трансвагинальное УЗИ 2. Оценка жалоб и анамнеза 3. Гинекологический осмотр 4. Лапароскопия (при необходимости) Определите правильную последовательность стадий ретроцервикального эндометриоза: 1. Вовлечение слизистой прямой кишки 2. Очаги в пределах ректовагинальной клетчатки 3. Прорастание в шейку матки и влагалище 4. Распространение на крестцово-маточные связки и прямую кишку Определите правильную последовательность этапов обследования гинекологом при подозрении на эндометриоз у подростков: 1. Гинекологический осмотр 2. Консультация педиатра 3. Трансвагинальное УЗИ	2,4,1,3 2,3,1,4 2,3,4,1 4,1,3,2
--	--	---	---

		4. Сбор анамнеза Определите правильную последовательность рекомендаций по ведению пациенток с эндометриозом и бесплодием: 1. Оценка овариального резерва перед планированием операции 2. Энуклеация эндометриoidных кист 3. Отказ от гормональной терапии перед операцией 4. Контроль через 3–6 месяцев после операции Расположите в правильном порядке этапы хирургического стадирования при I–II стадиях РЯ: 1. Биопсия случайно выбранных участков брюшины при отсутствии видимых метастазов 2. Срединная лапаротомия для ревизии 3. Резекция большого сальника (оментэктомия) 4. Цитологическое исследование асцита или смывов с брюшины Определите правильную последовательность этапов плоскоклеточной метаплазии: 1. Замещение цилиндрического эпителия незрелым плоским эпителием 2. Воздействие кислой среды влагища на цилиндрический эпителий 3. Формирование зрелого плоского эпителия 4. Разрушение клеток цилиндрического эпителия Определите правильную последовательность алгоритма обследования пациентки с патологией шейки матки: 1. Прицельная биопсия 2. Мазок на онкоцитологию 3. Кольпоскопия 4. ВПЧ-тестирование Определите правильную последовательность распространения метастазов при раке тела матки:	3,1,2,4 2,4,1,3 2,4,1,3 2,4,3,1 2,4,1,3
--	--	--	--

		1. Парааортальные лимфоузлы 2. Тазовые лимфоузлы 3. Отдаленные органы 4. Подвздошные лимфоузлы Определите правильную последовательность стадирования рака шейки матки по FIGO: 1. Определение глубины инвазии 2. Оценка поражения лимфоузлов 3. Оценка размера опухоли 4. Выявление отдаленных метастазов Определите правильную последовательность расположения слоев многослойного плоского эпителия (от основания к поверхности): 1. Поверхностные клетки 2. Парабазальные клетки 3. Базальные клетки 4. Промежуточные клетки	1,3,2,4 3,2,4,1
3.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Закончи фразу. В эмбриональном периоде шейка матки образуется путем слияния _____ на 12–16-й неделе эмбриогенеза. Закончи фразу. Зона, где плоский эпителий эктоцервикса встречается с цилиндрическим эпителием эндоцервикса, называется _____. (В ответе укажите два слова в именительном падеже) Закончи фразу. Основной причиной развития рака шейки матки является _____.	Мюллеровых протоков Зона стыка ВПЧ Темно-коричневый

	Закончи фразу. При пробе Шиллера зрелый плоский эпителий, богатый гликогеном, окрашивается в _____ цвет. Закончи фразу. Для оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий наиболее информативным методом визуализации является _____ . Закончи фразу. Внутреннее облучение с влагалищным аппликатором называется _____ Закончи фразу. Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс, характеризующийся пролиферацией желез и увеличением _____ соотношения. Закончи фразу. Операция, заключающаяся в удалении матки с шейкой и придатками, называется _____ . Закончи фразу. Наиболее эффективным методом лечения гиперплазии эндометрия без атипии является _____ Закончите фразу: Для оценки запасов железа в организме при АМК рекомендуется исследование уровня _____ в крови. Закончите фразу: При остром АМК у взрослых пациенток препаратом первой линии негормональной терапии является _____ Закончите фразу: При подозрении на врождённые нарушения гемостаза у пациентки с ОМК рекомендуется консультация _____.	МРТ Брахитерапия Железисто-стромального Гистерэктомия ВМС с ЛНГ Ферритин Транексамовая кислота Гематолога Неклассифицирована
--	---	--

		Закончите фразу: Согласно классификации FIGO, категория АМК-N означает, что причина кровотечения _____. Закончите фразу: При АМК у женщин старше 40 лет или с факторами риска РЭ рекомендуется проведение _____. Закончите фразу: Порог толщины эндометрия, при котором вероятность патологии эндометрия у пациентки в постменопаузе на фоне МГТ считается низкой, составляет _____ мм.	Биопсия эндометрия/гистероскопия с биопсией 4 мм
--	--	---	--

4.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	У пациентки И., 30 лет, в мазке из заднего свода влагалища обнаружено небольшое количество палочек Дедерлейна, много лейкоцитов и эпителия, значительное количество кокковой флоры. Реакция слабощелочная. Внешний вид выделений слизисто-гнойный. Показатели нормального биоценоза влагалища (нормоценоз):	Показатели нормального биоценоза влагалища (нормоценоз): ☐ Микроскопия: Преобладание лактобактерий (палочек Дедерлейна) в большом количестве; единичные лейкоциты (до 10-15 в поле зрения) и клетки плоского эпителия; отсутствие патогенных микроорганизмов (гонококков, трихомонад), ключевых клеток и большого количества кокков. ☐ рН влагалища: Кислая реакция (3,8--4,5). ☐ Характер выделений: Скудные или умеренные, без запаха или со слабокислым запахом, беловатого или прозрачного цвета. ☐ Отсутствие симптомов: Нет зуда, жжения, болей или дискомфорта.

	В гинекологическое отделение обратилась больная 25 лет с жалобами на гнойные выделения из влагалища, кровянистые выделения после полового акта. ИЗ АНАМНЕЗА: Соматически здорова. Менструации с 14 лет, через 30 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 14 дней назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременность одна, закончилась срочными родами. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Пульс 74 в минуту. АД 115/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, слизистая в его окружности эрозирована, ярко-красного цвета, выделения гнойные. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки нормальной величины, плотное, безболезненное, подвижное. Область придатков без особенностей. Своды глубокие, параметрии свободные. В женской консультации произведена биопсия шейки матки. Заключение гистологического исследования: CIN 1. Диагноз. В гинекологическое отделение обратилась больная 32 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота, появление белей. ИЗ АНАМНЕЗА: Соматически здорова. Менструации с 14 лет, через 29 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 10 дней назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременностей — 4, 2 закончились срочными родами, 2 искусственными абортами. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: В течение года на «Д» учёте в женской консультации. Проводилось консервативное лечение по поводу истинной эрозии шейки матки.	Цервикальная интраэпителиальная неоплазия I степени (CIN 1). Хронический цервицит (эндоцервицит). Эктопия цилиндрического эпителия шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия II степени (CIN 2, умеренная дисплазия). Эктопия шейки матки.
--	---	---

	ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Пульс 76 в минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, слизистая в его окружности ярко-красного цвета с зернистой поверхностью, выделения серозные. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки нормальной величины, плотное, безболезненное, подвижное. Область придатков без особенностей. Своды глубокие, параметрии свободные. Произведена биопсия шейки матки. Заключение гистологического исследования: клетки цилиндрического эпителия, дисплазия 2 степени (CIN 2). Диагноз. В женскую консультацию обратилась женщина 45 лет. Жалобы на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. ИЗ АНАМНЕЗА: Соматический анамнез не отягощён. Менструальная функция без особенностей. Беременностей — 5, 3 закончились срочными родами, 2 артифициальных аборта. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Пульс 74 в минуту. АД 115/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка матки гипертрофирована, на передней губе имеется мелко-бугристая опухоль в виде «цветной капусты» размерами 2 x 2 см., кровоточащая при дотрагивании. БИМАНУАЛЬНО: Шейка матки до 3 см. длиной, гипертрофирована, деревянистой плотности. Тело матки отклонено кпереди, нормальной величины, плотное, безболезненное. Область придатков без особенностей. Своды глубокие, параметрии свободные.	Рак шейки матки, стадия IB2 (FIGO).
--	--	---

	ДИАГНОЗ? В гинекологическое отделение направлена пациентка 7 лет. Со слов матери, девочку беспокоят в течение 2-х лет периодический зуд, жжение, боли в области наружных гениталий, гнойные выделения. С 4-х лет страдает хроническим тонзиллитом, с частыми обострениями. Имеются проявления распространенного кариеса. В кабинете детской гинекологии периодически получала противовоспалительное лечение — эффект временный. ОБЪЕКТИВНО: Соматическое развитие соответствует возрастной норме. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту. Имеется отек, гиперемия, мелкие ссадины в области малых и больших половых губ, промежности. Нупен кольцевидной формы, не нарушена. РЕКТАЛЬНО: Тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. ДИАГНОЗ? В кабинет детской гинекологии обратилась пациентка 6 лет. Со слов матери, девочку беспокоят затрудненное мочеиспускание, зуд в области наружных половых органов, периодические гнойные выделения. Страдает хроническим гайморитом, хроническим тонзиллитом. Соматическое развитие соответствует паспортному возрасту. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные гениталии гипопластичны. Кожа внутренней поверхности больших половых губ белесоватого цвета с наличием пятнистых участков гиперемии. Малые половые губы сращены почти на всем протяжении, в проекции уретры точечное отверстие. РЕКТАЛЬНО: Тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное, соотношение шейки и тела 1:1. Придатки не определяются. ДИАГНОЗ?	Хронический неспецифический вульвовагинит, рецидивирующее течение. Сопутствующий: Хронический тонзиллит (декомпенсированная форма). Распространенный кариес. Синехии (сращение) малых половых губ (обуславливают затрудненное мочеиспускание). Хронический рецидивирующий вульвовагинит (обусловлен наличием синехий).Хронический тонзиллит, хронический гайморит.
--	---	---

	Больная 57 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на зуд в области гениталий, периодические сукровичные выделения. ИЗ АНАМНЕЗА: Наследственность не отягощена. Из соматической патологии — гипертоническая болезнь, хронический холецистит. Менопауза с 51 года. Было 3 беременности, 2 родов, 1 искусственный аборт. Гинекологические заболевания отрицает. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Считает себя больной в течение полугода. ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы розовые. Общее состояние удовлетворительное. АД 140/100 мм. рт. ст., пульс 76 в 1 мин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Слизистая влагалища атрофичная, бледно-розовая. На задней стенке трещины, язвочки, кровоточащие при дотрагивании, выделения скудные, серозно-сукровичные. Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, из цервикального канала выделения серозные. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. ДИАГНОЗ? Больная 15 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. ИЗ АНАМНЕЗА: В детстве перенесла корь, инфекционный паротит, скарлатину. Менструации с 15 лет, первые 4 месяца регулярные, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Последние менструации 2 месяца назад. Половой жизнью не живёт. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Заболела 8 дней назад, когда после 2-х месячной задержки появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся до настоящего времени.	Сенильный (атрофический) кольпит (вульвовагинит). Сопутствующее заболевание: Артериальная гипертензия I степени. Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода (АМК-О по PALM-COEIN) на фоне общего и генитального инфантилизма. Анемия легкой степени.
--	---	--

	ОБЪЕКТИВНО: Правильного телосложения. Вторичные половые признаки выражены недостаточно (Ma2 Ax1 P1 Me2). Кожные покровы бледно-розовые. Общее состояние удовлетворительное. АД 100/60 мм. рт. ст., пульс 76 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы гипопластичны, девственная плева не нарушена. РЕКТАЛЬНО: Тело матки плотное, меньше возрастной нормы, безболезненное, подвижное, соотношение шейки и тела 1:1. Придатки не определяются. Анализ крови: Нв 85 г/л, Эр 2,9 x 10¹²/л, Нт — 28%. ДИАГНОЗ (FIGO)? Больная 47 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. ИЗ АНАМНЕЗА: Перенесённые заболевания — грипп, ангина, в 30 лет аппендэктомия. Менструации с 14 лет, регулярные, через 30 дней, по 5 дней, безболезненные. Последняя менструация 3 месяца назад. Половая жизнь с 23 лет. Беременностей — 2, закончились срочными родами. Гинекологические заболевания отрицает. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Считает себя больной в течение 10 дней, когда после 3-х месячного отсутствия менструации начались кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся до настоящего времени. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, слизистая розовая, выделения кровянистые, умеренные. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.	Аномальное маточное кровотечение (АМК) перименопаузального периода — предположительно АМК-М (PALM-COEIN), требующее исключения гиперплазии эндометрия.
--	--	--

	ДИАГНОЗ (FIGO)? Больная 46 лет обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Была обследована, патологии со стороны мочевыделительной системы не выявлено. Рекомендована консультация гинеколога. ИЗ АНАМНЕЗА: Грипп, аппендэктомия в 30 лет. Менструации с 11 лет, установились сразу, через 29 дней, по 5-6 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация 10 дней назад. Половая жизнь с 20 лет, в настоящее время половой жизнью не живёт в связи с разводом. Беременностей — 3, одна закончилась срочными родами, осложнившимися разрывом шейки матки, два искусственных аборта. ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы и видимые слизистые розовые. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс 76 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул в норме, мочеиспускание учащённое, причём ночью 2-3 раза. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка матки деформирована старыми разрывами, имеется выворот слизистой цервикального канала, выделения серозные. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 14-15 недельной беременности, плотное, бугристое, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. ДИАГНОЗ? Больная 38 лет обратилась к врачу женской консультации для профосмотра. Жалоб нет. ИЗ АНАМНЕЗА: Грипп, частые ангины, тонзилэктомия в 16 лет. Менструации с 12 лет, установились сразу, через 29-30 дней, по 4-5 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация 7 дней назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременностей две, обе закончились срочными родами. Гинекологические заболевания отрицает. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.	Множественная миома матки больших размеров (соответствует 14-15 неделям беременности), с нарушением функции мочевого пузыря. Дизурический синдром (поллакиурия, ноктурия). Эктропион (деформация шейки матки вследствие старых разрывов). Миома матки небольших размеров (размер 6-7 недель).
--	--	---

	ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения серозные. БИМАНУАЛЬНО: Шейка матки до 2,5 см., плотная. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. ДИАГНОЗ? Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструации, тёмные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: корь, инфекционный паротит, скарлатина, частые ангины. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4-5 дней, безболезненные, умеренные. Последние 2 года менструации более обильные, по 7-8 дней, болезненные. Последняя менструация месяц назад. В браке 10 лет. Беременностей — 3, одни срочные роды, два искусственных аборта. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. БИМАНУАЛЬНО: Шейка матки до 2 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 6-7 недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. ДИАГНОЗ?	Внутренний эндометриоз тела матки (аденомиоз), диффузная форма, I--II стадия.
--	---	---

	Больная 37 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и кровянистые выделения из него, особенно в период менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: ОРВИ, 2 года назад аппендэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны первичным натяжением. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей — 5, две закончились срочными родами, три — искусственными абортами. Гинекологические заболевания отрицает. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 76 в 1 мин. Кожные покровы нормальной окраски. В толще послеоперационного рубца пальпируется плотный инфильтрат, болезненный при исследовании, кожа над ним синюшного цвета. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. БИМАНУАЛЬНО: Шейка матки плотная, наружный зев закрыт. Тело матки нормальной величины, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. ДИАГНОЗ? Пациентка в возрасте 14 лет была доставлена в приемный покой клинической больницы с жалобами на сильные приступообразные боли внизу живота, которые появились после урока физкультуры. Боли сопровождались холодным потом, тошнотой и многократной рвотой. Ранее больная подобных болей не отмечала, хотя её часто беспокоят боли в эпигастриальной области и тошнота. Она наблюдается у гастроэнтеролога по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Менструаций у девочки не было. Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Половое развитие соответствует возрасту Р_u2Ах2Ма2Ме0. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. Клитор не увеличен. Большие половые губы прикрывают малые. Девственная плева кольцевидной формы, цела, с волнистым краем. Выделения из половых путей обычные, умеренные. При ректоабдоминальном исследовании: Ампула прямой кишки свободная, слизистая её подвижная. В полости таза пальпируется плотно-эластичное, овальной формы резко-болезненное образование размерами 10х8 см. Тело матки отдельно не пальпируется. При УЗИ в полости малого таза визуализируется овальной формы	Эндометриоз послеоперационного рубца (экстрагенитальный эндометриоз). Перекрут ножки опухоли (кисты) яичника. Задержка полового развития (Ме0).
--	--	---

	образование с двойным контуром, неоднородной жидкостно-тканевой структуры, размерами 110х98х76 мм. При доплерометрии кровотоков в нем не определяется. Тело матки расположено кпереди от образования размерами 35х30х28 мм. Полость матки в виде гиперэхогенной полоски. В полости малого таза определяется около 10 мл свободной жидкости. Диагноз? Во время профилактического осмотра у 36 летней женщины обнаружена опухоль левого яичника, подвижная, гладкая, плотноэластической консистенции, размером 8×8 см. В анамнезе одни роды и два аборта. Менструальный цикл не нарушен. Содержание СА-125 в сыворотке крови 20 ЕД/мл. Онкологические заболевания у ближайших родственников пациентка отрицает. Диагноз? Больная 54 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, увеличение живота. ИЗ АНАМНЕЗА: Соматический анамнез неотягощён. Менструальная функция без патологии. Менопауза 2 года. Беременностей 3, 2 физиологических родов, 1 медицинский аборт. ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 80 в минуту. АД 120/80 мм. рт. ст. Живот увеличен в объёме, при пальпации мягкий, безболезненный, при перкуссии в отлогих местах притупление перкуторного звука. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Наружные половые органы развиты правильно. В ЗЕРКАЛАХ: Слизистая влагалища бледно-розовая, сухая. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения серозные, скудные. БИМАНУАЛЬНО: Тело матки отклонено кпереди, нормальных размеров, плотное, безболезненное. В области придатков определяются опухолевидные образования плотной консистенции, с бугристой поверхностью, размерами слева 8 х 6 х 10 см., справа 12 х 8 х 9 см. В	Опухоль левого яичника (предположительно доброкачественная: цистаденома, зрелая тератома). Двустороннее злокачественное новообразование яичников (рак яичников, стадия III--IV). Асцит. Канцероматоз брюшины.
--	--	---

		области заднего свода «шиповидные» инфильтраты 2 х 3 см.; 1,5 х 2 см., плотные, неподвижные, безболезненные. Задний свод уплощён. ДИАГНОЗ? В гинекологическое отделение поступила больная 16 лет с жалобами на боли в левой подвздошной области, усиленный рост волос на лице, конечностях, прекращение менструаций. ИЗ АНАМНЕЗА: Менструации с 13 лет установились сразу, через 30 дней, по 4 дня, умеренные, безболезненные. В течение последнего года менструации отсутствуют. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы обычной окраски, отмечается усиленный рост волос на лице, конечностях, средней линии живота. Молочные железы гипопластичны. Половая формула Ma1 P3 Aх3. Живот не увеличен, болезнен в левой подвздошной области. ДАННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Имеется гипертрофия клитора, оволосение лобка по мужскому типу. РЕКТАЛЬНО: Тело матки в antepositio, меньше нормы, плотное, безболезненное. Слева в области придатков определяется опухолевидное образование 8 х 6 см., плотной консистенции, безболезненное. Справа придатки не определяются. ДИАГНОЗ?	Вирилизирующая опухоль левого яичника (вероятно, андробластома). Синдром вирилизации. Вторичная аменорея.
5.	ОПК-2 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Какой характер боли наиболее характерен для хронического воспаления придатков матки? а) Схваткообразные б) Постоянные ноющие	б

	в) Острые "кинжальные" г) Пульсирующие Симптом "френикус" (иррадиация боли в надключичную область) может возникать при: а) Эндометриозе б) Скоплении крови в брюшной полости в) Альгодисменорее г) Вульвовагините Что из перечисленного НЕ является видом нарушения менструального цикла? а) Полименорея б) Альгодисменорея в) Гиперменорея г) Аменорея При каком состоянии бели считаются физиологическими? а) Обильные, творожистые б) Скудные, слизистые, не раздражающие кожу в) Пенистые, с неприятным запахом г) Гнойные, желто-зеленые Какой индекс массы тела (ИМТ) считается нормой для женщины репродуктивного возраста?	б б б б
--	--	-------------------------------------

	а) 15-19 б) 20-26 в) 27-30 г) >30 Андронидный (висцеральный) тип ожирения диагностируется при отношении объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ): а) <0.85 б) >0.85 в) =1.0 г) <0.7 Какой тип телосложения характеризуется преобладанием продольных размеров, сниженным мышечным тонусом и часто сопровождается неправильным положением матки? а) Гиперстенический б) Астенический в) Инфантильный г) Интерсексуальный	б б
--	---	-------------------

	Гирсутизм – это: а) Чрезмерное оволосение в андроген-независимых зонах (предплечья, голени) б) Оволосение по мужскому типу в андроген-зависимых зонах (подбородок, грудь) в) Полное отсутствие оволосения г) Возрастное поредение волос Что из перечисленного является маркером инсулинорезистентности? а) Угри (акне) б) Striae distensae (стрии) в) "Нигроидный акантоз" г) Гиперпигментация Для оценки степени гирсутизма используется шкала: а) Алгар б) Ферримана-Галвея в) Крюгера г) Фиго Половая формула $Ma3, P3Ax3, Me3$ у девушки-подростка свидетельствует о: а) Нормальном половом развитии б) Половом инфантилизме	б в б а
--	---	---

	в) Преждевременном половом развитии г) Интерсексуальном строении Выделение молока или молозива из сосков при аменорее позволяет предположить: а) Рак молочной железы б) Фиброзно-кистозную мастопатию в) Синдром галактореи-аменореи г) Мастит Признаком гиперэстрогении при осмотре вульвы является: а) Бледность и сухость слизистой б) Сочность слизистой и цианотичная окраска в) гиперпигментация г) Наличие кондилом Положительная кашлевая проба при осмотре свидетельствует о: а) Генитальном пролапсе б) Несостоятельности внутреннего сфинктера уретры (стрессовом недержании мочи) в) Наличии инородного тела во влагалище г) Воспалении бартолиновых желез Золотым стандартом диагностики урогенитальных инфекций, позволяющим определить чувствительность к антибиотикам, является:	в б б б
--	--	---

	а) Бактериоскопия мазка б) Культуральный метод (посев) в) ПЦР-диагностика г) ИФА (серология) Какая степень чистоты влагалищного мазка считается патологической? а) I и II б) Только IV в) III и IV г) Только I Наибольшее количество микроорганизмов во влагалище здоровой женщины репродуктивного возраста определяется: а) В период менструации б) Во время беременности в) В пролиферативную (фолликулярную) фазу цикла г) В постменопаузе "Золотым стандартом" скрининга рака шейки матки в настоящее время считается: а) Кольпоскопия б) ПАП-тест (цитология)	В В В
--	--	---

	в) ПАП-тест + ВПЧ-тестирование г) Биопсия шейки матки Симптом "зрачка" наиболее выражен: а) Во время менструации б) В период овуляции в) Во вторую (лютеиновую) фазу цикла г) В постменопаузе Для чего используется измерение базальной температуры? а) Для диагностики воспалительных заболеваний б) Для подтверждения овуляции и оценки функции желтого тела в) Для определения уровня эстрогенов г) Для диагностики миомы матки Для оценки эстрогенной насыщенности организма в цитологии влагалищного мазка используют: а) Индекс созревания (ИС) б) Кариопикнотический индекс (КПИ) в) Индекс дегенерации г) Количество лейкоцитов	б б б
--	---	----------------------------

	В какие дни менструального цикла рекомендуется определять базальный уровень ЛГ, ФСГ, эстрадиола? а) 1-3 день б) 7-9 день в) 12-14 день (овуляция) г) 19-22 день Прогестерон и пролактин для оценки лютеиновой фазы цикла рекомендуется определять: а) На 2-5 день цикла б) На 7-9 день цикла в) На 19-22 день цикла г) В любой день цикла Какой метод генетической диагностики позволяет выявить хромосомные аномалии (например, синдром Тернера)? а) ПЦР б) Кариотипирование г) ИФА д) Бактериологический посев Онкомаркер СА-125 в первую очередь ассоциирован с: а) Раком молочной железы б) Раком яичников	а в б б
--	--	---

	в) Раком шейки матки г) Раком эндометрия Алгоритм ROMA для оценки риска рака яичников использует определение онкомаркеров: а) СА-125 и РЭА б) СА-125 и HE4 в) HE4 и АФП г) СА 15-3 и СА 19-9 Для более детальной визуализации эндометрия и яичников предпочтительнее использовать метод УЗИ: а) Трансабдоминальный б) Трансвагинальный в) Трансректальный г) Все методы равнозначны Что такое М-эхо при УЗИ малого таза? а) Изображение миометрия б) Изображение кисты яичника в) Срединное маточное эхо (отражение от двух слоев эндометрия) г) Изображение маточной трубы	б б в
--	---	----------------------------

	Гидросонография (УЗГСС) – это УЗИ с: а) Допплерометрией сосудов б) Введением контрастного вещества в полость матки в) Измерением толщины эндометрия г) Оценкой кровотока в яичниках Для оценки проходимости маточных труб методом гистеросальпингографии (ГСГ) исследование лучше проводить: а) Во время менструации б) На 5-11 день менструального цикла в) Во вторую фазу цикла (после овуляции) г) В любой день цикла Какой раствор используется при расширенной кольпоскопии для лучшей визуализации патологических участков на шейке матки? а) Физиологический раствор б) 5% раствор глюкозы в) 3% раствор уксусной кислоты г) Раствор Люголя Проба Шиллера (с раствором Люголя) основана на способности нормального плоского эпителия шейки матки: а) Не окрашиваться из-за отсутствия гликогена	б б в б
--	--	---

	б) Окрашиваться в темно-коричневый цвет из-за высокого содержания гликогена в) Окрашиваться в синий цвет г) Обесцвечиваться К абсолютному противопоказанию для диагностического выскабливания полости матки относится: а) Миома матки б) Подозрение на беременность в) Острое воспаление матки и придатков г) Полип эндометрия Какой инструмент используется для малоинвазивной аспирационной биопсии эндометрия в амбулаторных условиях? а)Кюретка Штармана б) Пайпель-кюретка в) Маточный зонд г) Вакуум-аспиратор Гистероскопия – это метод визуальной диагностики: а) Шейки матки б) Полости матки в) Маточных труб г) Яичников	В б б
--	---	---

	Показанием к экстренной лапароскопии НЕ является: а) Подозрение на внематочную беременность б) Бесплодие трубного генеза в) Апоплексия (разрыв) яичника г) Подозрение на перекрут ножки кисты яичника Хромогидротубация во время лапароскопии проводится для: а) Окрашивания очагов эндометриоза б) Оценки проходимости маточных труб в) Определения границ миоматозного узла г) Выявления спаек в малом тазу При обследовании несовершеннолетней девочки в возрасте 16 лет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает: а) Только ее законный представитель (родитель) б) Только сама пациентка в) Сама пациентка (с 15 лет) г) Врачебный консилиум Пенисообразный клитор у девочки в сочетании с оволосением по мужскому типу заставляет в первую очередь заподозрить: а) Вирилизирующую опухоль яичника б) Врожденный адреногенитальный синдром (АГС)	б б в б
--	--	---

		в) Синдром поликистозных яичников г) Гипотиреоз Метод осмотра влагалища и шейки матки у девочек и подростков с сохранной девственной плевой называется: а) Кольпоскопия б) Гистероскопия в) Вагиноскопия г) Вульвоскопия Какой возбудитель НЕ относится к абсолютным патогенам, участвующим в развитии ВЗОМТ? 1. <i>Chlamydia trachomatis</i> 2. <i>Mycoplasma hominis</i> 3. <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 4. <i>Trichomonas vaginalis</i> Какие из перечисленных факторов являются факторами риска развития ВЗОМТ? (Выберите несколько вариантов) 1. Возраст старше 40 лет 2. Наличие нескольких половых партнеров 3. Введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель 4. В анамнезе инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) у пациентки или ее партнера 5. Регулярное использование гормональных контрацептивов Какое инструментальное исследование является наиболее доступным и информативным для диагностики tuboовариального абсцесса? 1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза	В 2 2,3,4 2
--	--	--	---

		- Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) - Рентгенография органов грудной клетки - Диагностическая лапароскопия Какой лабораторный показатель может служить маркером tuboовариального абсцесса при уровне выше 0.33 нг/мл? - С-реактивный белок (СРБ) - Прокальцитонин - Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - Хорионический гонадотропин (ХГЧ) Какие из перечисленных методов лечения рекомендованы при легких и среднетяжелых формах ВЗОМТ? (Выберите несколько вариантов) - Стационарное лечение с парентеральным введением антибиотиков - Амбулаторная пероральная антибактериальная терапия - Хирургическое дренирование абсцесса - Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) - Профилактическое назначение системных противогрибковых препаратов всем пациенткам Какая рекомендуемая продолжительность антибактериальной терапии при ВЗОМТ? 5-7 дней 10-14 дней 3 недели - До исчезновения симптомов Какое состояние является основным показанием к хирургическому лечению при ВЗОМТ? - Хроническая тазовая боль - Наличие гнойного tuboовариального образования - Легкое течение эндометрита	2 2,4 2 2
--	--	--	---------------------------------------

		4. Бесплодие Какие из перечисленных методов рекомендованы в рамках медицинской реабилитации после лечения ВЗОМТ? (Выберите несколько вариантов) 1. Чрескожная электронейростимуляция 2. Грязелечение в первые дни после операции 3. Лечебная физкультура (ЛФК) 4. Общая магнитотерапия 5. Физиолечение без учета дня менструального цикла В каком случае пациентке с ВЗОМТ показана срочная госпитализация? 1. При легких болях внизу живота 2. При температуре тела $\geq 38^{\circ}\text{C}$ и тошноте 3. При наличии скудных межменструальных выделений 4. При планировании беременности Какой препарат противопоказан для лечения ВЗОМТ у детей младше 8 лет из-за риска нарушения развития зубов и костей? 1. Цефтриаксон 2. Азитромицин 3. Доксициклин 4. Метронидазол Какие симптомы НЕ являются специфичными для ВЗОМТ и могут встречаться при других заболеваниях? 1. Болезненность при пальпации нижних отделов живота 2. Болезненные тракции шейки матки при бимануальном исследовании 3. Обнаружение признаков воспаления при лапароскопии 4. Повышение уровня СРБ Какие исследования рекомендованы ВСЕМ пациентам с подозрением на ВЗОМТ? (Выберите несколько вариантов) 1. Общий (клинический) анализ крови развернутый 2. Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ)	1,3,4 2 3 1,4 1,2,4
--	--	--	--

		3. Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза 4. Микроскопическое исследование влагалищных мазков 5. Диагностическая лапароскопия Какая клиническая форма ВЗОМТ относится к осложненным согласно классификации Краснопольского В.И.? 1. Острый сальпингит 2. Эндометрит 3. Пельвиоперитонит 4. Метроэндометрит Какой метод является предпочтительным для диагностики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), при ВЗОМТ? 1. Бактериоскопия мазка 2. Иммуноферментный анализ (ИФА) 3. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) 4. Реакция агглютинации Что из перечисленного является «специфическим критерием» диагностики пиосальпинксов? 1. Подъем температуры более 38,0°C 2. Обнаружение с помощью УЗИ утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб 3. Болезненность при пальпации нижних отделов живота 4. Повышение СОЭ Какие схемы антибактериальной терапии рекомендованы для амбулаторного лечения ВЗОМТ у взрослых? (Выберите несколько вариантов) 1. Цефтриаксон в/м однократно + Доксициклин перорально 14 дней + Метронидазол перорально 14 дней 2. Клиндамицин в/в + Гентамицин в/в с переходом на пероральные препараты 3. Офлоксацин перорально 14 дней + Метронидазол перорально 14 дней (с/без Цефтриаксона) 4. Ампициллин/Сульбактам в/в + Доксициклин перорально 5. Моксифлоксацин перорально 14 дней	3 3 2 1,3,5
--	--	--	---

		В каком случае рекомендовано проведение биопсии эндометрия? 1. Всем пациенткам с подозрением на ВЗОМТ 2. При подозрении на хронический эндометрит и внутриматочные синехии, бесплодии, невынашивании беременности 3. При остром сальпингите 4. При первом обращении с болями внизу живота	2
		Какой принцип является основным при хирургическом лечении ВЗОМТ у пациенток репродуктивного возраста? 1. Радикальное удаление всех придатков матки 2. Своевременное и адекватное удаление очага деструкции с максимальным сохранением ткани яичников 3. Предпочтительно проведение открытой лапаротомии 4. Отсрочка операции до завершения курса антибиотиков	2
		Какие из перечисленных состояний являются долгосрочными последствиями нелеченных или плохо леченных ВЗОМТ? (Выберите несколько вариантов) 1. Бесплодие 2. Эктопическая (внематочная) беременность 3. Хроническая тазовая боль 4. Рак шейки матки 5. Спаечный процесс в малом тазу	1,2,3,5
		Какая область для взятия материала для ПЦР-диагностики ИППП при ВЗОМТ является предпочтительным? 1. Свод влагалища 2. Цервикальный канал 3. Уретра 4. Прямая кишка	2
		Какая возрастная группа женщин имеет пик заболеваемости ВЗОМТ? 1. 12-16 лет 2. 17-28 лет	2

	3. 30-40 лет 4. Старше 45 лет Что следует рекомендовать половому партнеру женщины с диагностированными ВЗОМТ, ассоциированными с ИППП? 1. Наблюдение при появлении симптомов 2. Прохождение обследования на ИППП и при необходимости лечение 3. Профилактический прием антибиотиков без обследования 4. Ничего не требуется	2
	Какой класс лекарственных препаратов по АТХ используется для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у пациенток с распространенными формами ВЗОМТ? 1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) 2. Низкомолекулярные гепарины (Группа гепарина) 3. Прямые оральные антикоагулянты: Ингибиторы фактора Ха, Ингибиторы тромбина (IIa). 4. Тканевые активаторы плазминогена (селективные)	2
	При каком условии диагностическая лапароскопия при ВЗОМТ является наиболее ценной? 1. Как рутинный метод диагностики у всех пациенток 2. При неэффективности консервативного лечения и для дифференциальной диагностики 3. При невозможности выполнения УЗИ и МРТ 4. При легком течении заболевания	2
	Какие микроорганизмы могут быть выявлены при микробиологическом (культуральном) исследовании как возможные возбудители ВЗОМТ? (Выберите несколько вариантов) 1. <i>Escherichia coli</i> 2. <i>Gardnerella vaginalis</i> 3. <i>Actinomyces</i> spp.	1,2,3,5

		4. <i>Lactobacillus</i> spp. 5. <i>Bacteroides</i> spp. В каком случае рекомендовано проведение дренирующих паллиативных операций при ВЗОМТ? 1. Как метод выбора при любом tuboовариальном абсцессе 2. При отсутствии возможности или условий для проведения адекватного хирургического вмешательства 3. При неэффективности антибактериальной терапии 4. При легком течении параметрита Какие онкомаркеры являются специфичными для герминогенных опухолей яичника? 1. СА 125 2. Хорионический гонадотропин (ХГЧ) 3. НЕ4 4. Альфа-фетопротеин (АФП) 5. Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) Какой метод лечения является преимущественным при доброкачественных опухолях яичников при наличии условий? 1. Лапаротомия 2. Лапароскопия 3. Пункция кисты 4. Выжидательная тактика Какие из перечисленных факторов являются риском развития доброкачественных опухолей яичников? 1. Раннее менархе 2. Ожирение 3. Гипотиреоз 4. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза 5. СПЯ	2 2,4,5 2 1,2,4,5
--	--	---	---

		Какой уровень СА125 в сыворотке крови считается повышенным при подозрении на рак яичников? 1. <15 МЕ/мл 2. >25 МЕ/мл 3. >35 МЕ/мл 4. <50 МЕ/мл	3
		Какие из перечисленных состояний являются показаниями для экстренной госпитализации? 1. Асцит 2. Разрыв кисты 3. Киста диаметром 4 см 4. Перекрут ножки кисты 5. Болевой синдром при объемных образованиях	2,4,5
		Какова частота опухолей яичников у беременных? 1. 0,1–0,9% 2. 0,5–3,4% 3. 5–10% 4. 10–15%	2
		Какие из перечисленных образований чаще всего выявляются при перекруте яичников? 1. Серозная цистаденома 2. Эндометриома 3. Киста желтого тела 4. Зрелая тератома	1,3,4
		Какой процент кист яичников у беременных спонтанно регрессирует при размерах <6 см в диаметре? 1. 40–60% 2. <60%	3

		3. 80–95% 4. 100% Какие из перечисленных опухолей относятся к эпителиальным по классификации ВОЗ (2020)? 1. Серозная цистаденома 2. Фиброма 3. Муцинозная цистаденома 4. Дисгерминома 5. Текома Какова основная возрастная группа пациенток с доброкачественными опухолями яичников? 1. 18–30 лет 2. 31–60 лет 3. 61–70 лет 4. Старше 70 лет Какие из перечисленных признаков характерны для ультразвуковой картины доброкачественных опухолей по "Простым правилам" IOTA? 1. Однокамерная киста 2. Асцит 3. Наличие акустических теней 4. Сильно выраженный кровоток при ЦДК Какие из перечисленных методов НЕ рекомендуются при доброкачественных опухолях яичников? 1. Пункция кистозного образования 2. Лапароскопическое удаление 3. Назначение КОК для ускорения регресса кист 4. Динамическое наблюдение за простыми кистами <5 см	1,3 2 1,3 1,3
--	--	---	---

		Какие из перечисленных характеристик относятся к O-RADS 5? 1. Однокамерная киста с >4 папиллярными разрастаниями 2. Простая киста <3 см 3. Солидное образование с неровным контуром 4. Асцит Какой метод является «золотым стандартом» уточняющей диагностики образований яичников? 1. Трансвагинальное УЗИ 2. Компьютерная томография (КТ) 3. Магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием 4. ПЭТ-КТ При подозрении на муцинозную карциному яичников, помимо СА125, рекомендуется исследование уровня: 1. НЕ4 2. АФП 3. СА19.9 и РЭА 4. ХГЧ Какие из перечисленных методов диагностики рекомендованы ВСЕМ пациенткам с установленным или подозреваемым РЯ для дифференциальной диагностики с ЗНО ЖКТ? 1. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) 2. Колоноскопия 3. УЗИ молочных желез 4. Рентгенография желудка 5. МРТ головного мозга В рамках оценки риска злокачественности образований яичников при УЗИ рекомендовано использовать систему стратификации: 1. BI-RADS 2. O-RADS 3. PI-RADS 4. TI-RADS	1,3,4 3 3 1,2 2
--	--	---	---

	Какие из следующих факторов относятся к факторам риска развития спорадического рака яичников? (Выберите несколько вариантов) 1. Наличие беременностей в анамнезе 2. Курение 3. Избыточная масса тела 4. Применение комбинированных оральных контрацептивов 5. Использование препаратов от бесплодия	2,3,5
	Какие из перечисленных манипуляций входят в объём хирургического стадирования при ранних стадиях РЯ? (Выберите несколько вариантов) 1. Биопсия куполов диафрагмы 2. Резекция большого сальника 3. Тотальная гистерэктомия (удаление матки) 4. Спленэктомия (удаление селезёнки) 5. Цитологическое исследование смывов с брюшины	1,2,5
	Какой метод рекомендован для верификации выпота в плевральных полостях у пациенток с РЯ? 1. Бронхоскопия 2. Трансторакальная пункция с цитологическим исследованием 3. Торакоскопия 4. Рентгенография грудной клетки	2
	Какие из следующих гистологических типов опухолей яичников согласно классификации ВОЗ (2020) являются эпителиальными? (Выберите несколько вариантов) 1. Серозная карцинома 2. Гранулёзоклеточная опухоль 3. Муцинозная карцинома 4. Дисгерминома 5. Эндометриоидная карцинома	1,3,5
	Какой метод является обязательным для морфологической верификации диагноза РЯ в большинстве случаев?	3

		1. Цитологическое исследование асцита 2. Определение уровня СА125 3. Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала 4. Молекулярно-генетическое исследование крови Какие из перечисленных характеристик относятся к определению «полной циторедуктивной операции» при РЯ? (Выберите несколько вариантов) 1. Удаление всех видимых проявлений опухолевого процесса 2. Наличие остаточных узлов диаметром до 5 мм 3. Отсутствие макроскопически определяемых остаточных опухолевых масс 4. Экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника входят в объём операции 5. Допустимо наличие единичного остаточного узла до 10 мм Какой препарат НЕ рекомендуется назначать подросткам до 18 лет? 1. НПВС 2. КОК 3. Агонисты ГнРГ 4. Прогестагены Какой препарат НЕ рекомендуется назначать подросткам до 18 лет? 1. НПВС 2. КОК 3. Агонисты ГнРГ 4. Прогестагены Какой метод хирургического лечения эндометриоидных кист предпочтителен для сохранения овариального резерва? 1. Дренирование кисты 2. Коагуляция капсулы	1,3,4 3 3 3
--	--	---	---

		3. Энуклеация капсулы 4. Овариэктомия	
--	--	--	--

Разработан:
 Учебным ассистентом кафедры акушерства и
 гинекологии №2

Сысоева О. Г.

Методические рекомендации

Задания для оценочных средств должны быть пяти типов

Типы заданий и примерный сценарий выполнения

№ п/п	Тип заданий	Сценарий выполнения	Примерное время выполнения минут
1	Задание закрытого типа на установление соответствия	1. Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидаются пары элементов. 2. Внимательно прочитать оба списка: — список 1 — вопросы, утверждения, факты, понятия и т.д.; — список 2 — утверждения, свойства объектов и т.д. 3. Сопоставить элементы списка 1 с элементами списка 2, сформировать пары элементов. 4. Записать попарно буквы и цифры (в зависимости от задания) вариантов ответа (например, А1 или Б4)	1-3
2	Задание закрытого типа на установление последовательности	1. Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидается последовательность элементов. 2. Внимательно прочитать предложенные варианты ответа. 3. Построить верную последовательность из предложенных элементов. 4. Записать буквы/цифры (в зависимости от задания) вариантов ответа в нужной последовательности без пробелов и знаков препинания (например, БВА или 135)	3-5
3	Задание закрытого типа с выбором	1. Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидается только один из предложенных вариантов. 2. Внимательно прочитать предложенные варианты ответа.	1-3

	одного или нескольких верных вариантов ответа из четырех предложенных	3. Выбрать один ответ, наиболее верный. 4. Записать только номер (или букву) выбранного варианта ответа.	
4	Задания открытого типа с кратким ответом/ вставить термин, словосочетание.... ., дополнить предложенное.	1. Внимательно прочитать текст задания и понять суть вопроса. 2. Продумать логику и полноту ответа. 3. Записать ответ, используя четкие компактные формулировки. 4. В случае расчетной задачи записать решение и ответ	3-5
5	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	1. Внимательно прочитать текст задания и понять суть вопроса. 2. Продумать логику и полноту ответа. 3. Записать ответ, используя четкие компактные формулировки. 4. В случае расчетной задачи записать решение и ответ	5-10

Инструкции по выполнению заданий разного типа

Тип задания	Инструкция
Задание закрытого типа на установление соответствия	Прочитайте текст и установите соответствие
Прочитайте текст и установите последовательность	Прочитайте текст и установите последовательность
Задание закрытого типа с выбором одного или нескольких верных вариантов ответа из четырех предложенных	Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)

Задания открытого типа с кратким ответом/ вставить термин, словосочетание	Прочитайте текст и продолжите предложение
Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ