

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталинарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 05.07.2023 09:26:17
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

**Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики
(ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава
Чувашии)**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом дерматовенерологии

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Р.С. Матвеев
« 05 » 2023 г.



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
«ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ»**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Специальность – 31.08.01 Акушерство и гинекология

Квалификация выпускников – Врач-акушер-гинеколог

Основопологающим документом при составлении рабочей программы дисциплины является Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 6).

СОСТАВИТЕЛИ:
Охотина Т.Н. к.м.н., доцент

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом дерматовенерологии, протокол № 8 от «24» мая 2023 г.

Одобрено на заседании Учебно-методического совета ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, протокол №2 от «30»мая 2023 г.

Оглавление

1. Цель.....	4
2. Место в структуре программы ординатуры.....	4
3. Планируемые результаты обучения	4
4. Объем государственной итоговой аттестации и виды учебной работы	7
5. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины.....	7
5.1. Перечень контрольных вопросов к экзамену	7
5.2. Перечень ситуационных задач	9
5.3. Критерии контроля знаний	33
6. Учебно-методическое и информационное обеспечение	33
6.2.Дополнительная литература:	35
6.3.Электронные ресурсы	36

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестация»

1. Цель

Цель – определение уровня практической и теоретической подготовленности выпускников к выполнению профессиональных задач в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

2. Место в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части Блока 3 «Государственная итоговая аттестация» программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология.

3. Планируемые результаты обучения

В соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) на государственной итоговой аттестации проверяется сформированность у выпускников универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы следующие компетенции:

– **универсальные компетенции (далее – УК):**

– способность и готовность критически и системно анализировать, определение возможности и способов применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);

– способность и готовность разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2);

– способность и готовность к руководству работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3);

– способность и готовность к выстраиванию взаимодействий в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);

– способность и готовность к планированию и решение задач собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5);

– **общепрофессиональные компетенции (ОПК):**

– способность и готовность к использованию информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);

– способность применения основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей (ОПК-2);

– способность и готовность к осуществлению педагогическую деятельность (ОПК-3);

–способность к проведению клинической диагностики и обследования пациентов (ОПК-4);

–способность и готовность к назначению лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);

–способность и готовность к проведению и контролю эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов (ОПК-6);

–способность к проведению в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7);

–способность и готовность к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения (ОПК-8);

–способность и готовность к проведению анализа медико- статистической информации, ведения медицинскую документацию и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);

–способность и готовность к участию в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10);

профессиональные компетенции (ПК):

–**готовность к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (ПК-1);**

➤ **готовность к проведению** медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (ПК-1.1.);

➤ **готовность к назначению и проведению** лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (ПК-1.2);

➤ **готовность к проведению** и контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (ПК-1.3);

➤ **готовность к проведению** и контроля эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (ПК-1.4);

➤ **готовность к проведению** медицинской экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара. (ПК-1.5);

➤ **готовность к проведению** анализа медико-статистической информации, ведения медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара. (ПК-1.6.);

➤ **готовность к оказанию** медицинской помощи в экстренной форме (ПК-1.7.);

–готовность к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в стационарных условиях (ПК-2);

➤ **готовность к проведению** медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях (ПК-2.1);

➤ **готовность к назначению и проведению** лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях (ПК-2.2);

➤ **готовность к проведению** и контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях (ПК-2.3);

➤ **готовность к проведению** и контроля эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях (ПК-2.4);

➤ **готовность к проведению** медицинской экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях (ПК-2.5);

➤ **готовность к проведению** анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в стационарных условиях (ПК-2.6);

➤ **готовность к оказанию** медицинской помощи в экстренной форме (ПК-2.7);

–способность к проведению анализа медико- статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала (ПК-3);

➤ **готовность к проведению** анализа медико- статистической информации, составления плана работы и отчетов в профессиональной деятельности врача (ПК-3.1);

➤ **готовность к ведению** медицинской документации, в том числе в форме электронного документа (ПК-3.2);

➤ **готовность к организации и контролю** деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ПК-3.3);

–способность и готовность к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний (ПК-4.);

➤ **готовность к планированию** научно- исследовательской деятельности (ПК-4.1);

➤ **готовность к осуществлению** научно- исследовательской деятельности (ПК-4.2);

➤ **готовность к осуществлению** педагогической деятельности на основе полученных научных знаний (ПК-4.3).

4. Объем государственной итоговой аттестации и виды учебной работы

Виды учебной работы		Всего, час.	Объем по семестрам			
			1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):		6				6
Лекционное занятие (Л)						
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)						
Консультации (К)						
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		102				102
Вид промежуточной аттестации: Экзамен (Э)						Э
Общий объем	в часах	108	–	–	–	108
	в зачетных единицах	3	–	–	–	3

5. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по педиатрии. Экзамен проводится в устной форме по билетам. Билет включает в себя 2 теоретических вопроса и ситуационную задачу.

5.1. Перечень контрольных вопросов к экзамену

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины, патогенез, клиника, акушерская тактика.
2. Доброкачественные заболевания молочных желез. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
3. Переношенная и пролонгированная беременность. Дифференциальная диагностика, особенности ведения беременности и родов.
4. Трубный аборт. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Техника оперативного вмешательства при трубной беременности.
5. Иммуноконфликтная беременность. Этиология, патогенез. Клиника, акушерская тактика профилактика.
6. Первичная аменорея. Этиология, патогенез, диагностика, современные методы лечения.
7. Охрана репродуктивного здоровья женщин. Организация амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации.
8. Разрывы матки. Причины, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Организационные мероприятия по профилактике гнойно – септических заболеваний в акушерском стационаре. Особенности послеродовой реабилитации.

10. Синдром поликистоза яичников. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
11. Разгибательные предлежания. Классификация. Биомеханизм родов. Особенности клинического течения родов. Диагностика, ведение родов.
12. Эндометриоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
13. Предлежание плаценты. Этиология, патогенез, формы, клиника, диагностика, акушерская тактика.
14. Доброкачественные опухоли яичников, клиника диагностика, ведение больных. Клинический протокол по доброкачественным новообразованиям яичника.
15. Узкий таз в акушерстве. Этиопатогенез, клиника, диагностика, акушерская тактика.
16. Хроническая плацентарная недостаточность. Диагностика, лечение. Ведение беременности и родов при хронической плацентарной недостаточности.
17. HELLP- синдром. Клиника, диагностика, акушерская тактика.
18. Вирусная инфекция у женщин. Клиника, диагностика, лечение, критерии излеченности.
19. Перинатальная фармакология. Влияние лекарственных препаратов на эмбрион и плод. Особенности фармакотерапии у кормящих матерей.
20. Миома матки. Методы лечения. Показания к оперативному лечению.
21. Тазовые предлежания. Особенности течения и ведения родов. Ручные пособия при ягодичном предлежании, при ножном предлежании.
22. Рак эндометрия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
23. Клиника и современные аспекты ведения физиологических родов. Клинический протокол ведения физиологических родов.
24. Послеродовый лактационный мастит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Методы стимуляции лактации.
25. Аномалии родовой деятельности. Клиника, диагностика. Ведение родов. Клинический протокол лечения и ведения родов при слабости родовой деятельности.
26. Недонашивание беременности. Реанимация и интенсивная терапия недоношенных детей.
27. Эмболия околоплодными водами, клиника, диагностика, акушерская тактика.
28. Перитонит после операции кесарево сечения. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Преэклампсия. Этиология патогенез, клинические варианты. Критерии диагностики вариантов течения преэклампсии. Акушерская тактика.
29. Фоновые предраковые заболевания шейки матки. Этиология, патогенез. Классификация.
30. Кровотечения в последовом периоде. Этиология, клиника, акушерская тактика.
31. Бактериальный вагиноз. Этиология, патогенез, принципы лечения.
32. Разрыв матки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.
33. Миома матки, диагностика, клиника, лечение.
34. Современные методы обезболивания в акушерстве.
35. Внематочная беременность, диагностика, терапия, профилактика, реабилитация.
36. Ведение беременности и родов с рубцом на матке.
37. Климактерический синдром. Клиника, диагностика и лечение.
38. Анатомически узкий таз. Формы и степени сужения, биомеханизм родов при общеравномерно-суженном тазе. Ведение родов.
39. Специфические воспалительные заболевания женских половых путей. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
40. Асфиксия новорожденных, патогенез, клиника, оценка степени тяжести. Первичная реанимация.

41. Предраковые и злокачественные заболевания шейки матки. Клиника, диагностика. Показания к комбинированной и сочетанной лучевой терапии, прогноз, профилактика.
42. Сахарный диабет. Клиника и ведение беременности и родов. Диабетическая фетопатия.
43. Доброкачественные опухоли и рак яичников. Диагностика, лечение, ведение больных.
44. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов. Наблюдение за беременными. Группы повышенного риска.
45. Трофобластическая болезнь. Хорионэпителиома матки, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Прогноз, профилактика.
46. Преждевременные роды. Этиология патогенез, клиника, акушерская тактика.
47. Бесплодный брак. Система и методы обследования при мужском бесплодии. Оплодотворение спермой донора. Экстракорпоральное оплодотворение Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с воспалительными заболеваниями почек.
48. Наружный эндометриоз. Этиология, патогенез, классификация, лечение.
49. Послеродовый эндомиометрит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Особенности течения эндометрита после операции кесарево сечения.
50. Планирование семьи. Роль аборта в планировании семьи. Профилактика абортов.
51. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника, диагностика. Акушерская тактика. Профилактика.
52. Предрак и рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
53. Родовая травма плода. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения.
54. Планирование семьи. Методы регуляции рождаемости.
55. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, акушерская тактика.
56. Синдром преждевременного истощения яичников. Этиология патогенез, клиника, тактика врача акушер- гинеколога.
57. Хорионамнионит. Клиника, диагностика, лечение.
58. Предменструальный синдром. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
59. Дискоординированная родовая деятельность, этиология, патогенез, клиника, акушерская тактика.
60. Санаторно-курортное лечение и реабилитация в акушерстве и гинекологии
61. Акушерский сепсис, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
62. Аномальные маточные кровотечения в репродуктивном и климактерическом возрасте.

5.2. Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача №1.

В роддом поступила повторнобеременная Г., 29 лет с жалобами на отхождение околоплодных вод 3 часа назад и начало схваток 2,5 часа назад. Беременность доношенная. Соматический и гинекологический анамнез не отягощен. Первая беременность 4 года назад закончилась нормальными родами; вторая беременность – 2 года назад – медицинским абортom без осложнений.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Схватки по 45-50 секунд, через 2-1,5 мин, активные. Положение плода продольное, головка плода большим сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин. Отеков нет. ВДМ 35 см.,

ОЖ 95 см, размеры таза 26-29-31-20 см., АД 120/80 мм рт. Ст. на обеих руках, пульс 76 в мин.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, ею занято 2/3 лона и 2 крестцовых позвонка. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона.

Через 10 минут появилось желание потужиться.

1. Поставьте диагноз.
2. Как определить предполагаемую массу плода?
3. Дайте оценку тазу матери.
4. При каком сроке беременности роды считают срочными? Какова нормальная продолжительность родов у повторнородящих?

Ситуационная задача №2.

Роженица Д., 34 лет доставлена на машине скорой помощи с активной родовой деятельностью в течение 4 часов.

Данные анамнеза: настоящая беременность 4-ая. Первая закончилась родами в срок, две последующих – медицинскими абортми на сроках 8 и 10 недель беременности; 4-ая – настоящая, срок беременности 39 недель.

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт ст, пульс 74 в мин. Живот увеличен за счет беременной матки. Схватки по 40 секунд через 3 минуты. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин.

Через 3 часа с момента поступления роженицы произошли роды доношенным плодом мужского пола без признаков асфиксии и видимых уродств, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, массой 3700,0 г, ростом 52 см.

Моча выведена катетером, светлая, 150 мл. Через 30 минут от момента рождения плода признаки отделения плаценты отсутствуют. Матка плотная, округлой формы, дно ее располагается на уровне пупка. Выделения из половых путей отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Назовите аномалии прикрепления плаценты.
4. Тактика врача при отсутствии признаков отделения плаценты без кровотечения через 30 минут после рождения плода.
5. Тактика врача при отсутствии признаков отделения плаценты при кровотечении 250 мл и выше.

Ситуационная задача №3.

В роддом поступила первобеременная Б., 25 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 4 часов и отхождение околоплодных вод в течение 5 часов. Срок беременности 36-37 недель. Соматический и акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Во время беременности выявлен хламидиоз, лечения не получала. Беременность первая.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. АД 110/70 мм рт ст, пульс 80 в минуту, t – 36,6°C. ВДМ 42 см, ОЖ 110 см. размеры таза 26-28-30-20 см.. Схватки через 4-5 минут по 25 секунд, средней интенсивности. Положение первого плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Положение второго плода продольное, головка в дне матки. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, до 140 в мин. Подтекают зеленые околоплодные воды.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей. Костное кольцо без экзостозов. Шейка матки сглажена, края тон-

кие, податливые, открытие маточного зева на 1,5 п/пальца (3 см). Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, кости головки мягковатые, швы и роднички широкие. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Головкой занят верхний край лона и терминальная линия. Мыс не достигается.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причину преждевременных родов в данном случае.
3. Оцените динамику раскрытия шейки матки в данном случае.
4. Тактика родоразрешения в данном случае.
5. О чем свидетельствует цвет околоплодных вод в данной ситуации?
6. Какое лечение необходимо назначить в послеродовом периоде для профилактики гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде?
7. Каковы особенности ведения преждевременных родов?
8. Какая беременность называется многоплодной?
9. Классификация многоплодной беременности.
10. Особенности выдачи декретного отпуска беременным с двойней.
11. Перечислите признаки недоношенности.
12. Тактика ведения родов после рождения 1 плода.
13. Назовите возможные осложнения для плодов в данной ситуации.
14. Назовите возможные осложнения родов и послеродового периода для матери.
15. Что необходимо использовать для профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде в данном случае?

Ситуационная задач №4.

Больная С., 28 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения. Анамнез: в детстве перенесла ангину, ОРЗ, корь. Наследственность неотягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 28 дней), умеренные безболезненные.

Половая жизнь с 20 лет. Беременностей 2 (роды 1, мед.аборты – 1). 2 месяца назад появились бели и контактные кровянистые выделения.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны органов и систем отклонений от нормы не обнаружено. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гнойно-слизистыми выделениями, размерами 2х2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений, оволосение на лобке по женскому типу. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. Выделения – бели с примесью крови. Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища, цервикального канала, уретры и прямой кишки гонококки не обнаружены. В мазке на степень чистоты – лейкоциты в большом количестве, микрофлора смешанная. Цитологическое исследование: определяется пролиферация цилиндрического эпителия (укрупнение ядер большинства клеток).

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Что такое проба Шиллера?
4. Какие заболевания шейки матки относятся к фоновым?
5. Какие заболевания шейки матки относятся к предракам?
6. Какие существуют методы лечения выявленной патологии?
7. Каков ведущий метод лечения эктопий шейки матки?

8. Сколько раз можно осуществлять коагуляцию шейки матки при рецидивах патологических процессов? Какой метод лечения используют при безуспешности коагуляции шейки матки?
9. Назовите осложнения, полученные в результате диатермокоагуляции эктопии шейки матки?
10. На какой день менструального цикла рекомендуется осуществлять диатермокоагуляцию?
11. Перечислите преимущества лазерной вапоризации шейки матки.
12. Что включает в себя консервативное лечение заболеваний шейки матки?
13. Какие препараты используют для химической коагуляции?

Ситуационная задача № 5.

Первобеременная 25 лет. Пришла в женскую консультацию на очередной осмотр в сроке 34 недели беременности. Жалоб не предъявляет. За последнюю неделю прибавила в весе на 1 кг. Видимых отеков нет. Артериальное давление у беременной 115 и 65 мм.рт.ст. Отмечается лабильность сердечно-сосудистой системы при физической нагрузке. Диагностируется симптом «кольца». Понижение диуреза днем, больше «мочится» в ночное время. Отмечается гиперкоагуляция.

Положение плода продольное, предлежит головка ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное. Наружные размеры таза беременной нормальные. Окружность живота 70 см. Высота дна матки 33 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки сохранена, зев закрыт, мыс не достижим. Экзостозов нет. Емкость таза удовлетворительная.

Поставьте диагноз данной беременной женщине.

1. Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания.
2. Назовите симптомы заболевания и назначьте лечение.
3. По каким данным можно поставить срок беременности?
4. Сколько времени потребуется для лечения беременной с этим заболеванием?
5. Какие немедикаментозные средства необходимы для лечения?
6. Какие лекарственные средства необходимы для лечения?
7. В консультации каких специалистов нуждается данная женщина?
8. Какие лабораторные исследования следует провести?
9. С помощью какой аппаратуры можно уточнить диагноз?
10. Какой прогноз родов?

Ситуационная задача № 6.

В родильный блок поступила беременная К., 29 лет со сроком беременности 34-35 недель. Жалобы на отхождение околоплодных вод 12 часов назад. Родовая деятельность отсутствует.

Данная беременность третья, 2 предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами на сроке 20 и 24 недели.

Из гинекологических заболеваний отмечает кольпит хламидийной этиологии. Получила во время настоящей беременности курс лечения эритромицином по 0,25 x 4 раза в день в течение 10 дней.

Данные наружного акушерского исследования: окружность живота 83 см; высота дна матки 32 см. Предлежащая часть – головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без рубцов. Костное кольцо без экзостозов. Шейка матки расположена по продольной оси малого таза, длиной 1 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 1 исследуемый палец.

дующий палец. Предлежит головка, кости ее мягкие. Плодного пузыря нет. Мыс не достижим.

1. Диагноз.
2. Признаки незрелости плода.
3. Предполагаемый вес плода.
4. Дайте оценку шейке матки с учетом степени ее готовности.
5. Какие осложнения родов могут иметь место у данной роженицы?
6. Какой метод родовозбуждения применим в данной ситуации?
7. Какие мероприятия, направленные на улучшение состояния плода, необходимо провести?
8. Тактика ведения I, II периодов родов.
9. Какие осложнения со стороны новорожденного необходимо предупредить у данной роженицы?
10. Риск какого послеродового осложнения велик у данной беременной?

Ситуационная задача № 7.

Роженица Т., 31 год, поступила в родильный дом через 4 часа после начала родовой деятельности. Воды не отходили. Беременность доношенная. Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла ветряную оспу, взрослой неоднократно болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 4–5 дней через 28 дней, умеренные безболезненные. Замужем с 20 лет, брак первый. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, масса плода 2830,0 г, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений, предпоследняя беременность прервалась самопроизвольным выкидышем на сроке 11 нед. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 9 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам. Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост – 159 см, масса тела – 64 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые. АД – 120/80 – 120/70 мм. рт. см, пульс 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность – 108 см, высота стояния дна матки над лобком – 38 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 132 уд/мин. Размеры таза: 24-26-29-18 см. Схватки через 2–3 мин, продолжительностью 30-35 с, хорошей силы. Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева на 4 поперечных пальца (8 см). Плодный пузырь цел, вскрыт. отошло 200 мл светлых околоплодных вод. Предлежит головка плода занимает верхнюю 1/3 лона. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс достигается, $cd=11,5$ см, $cv=10$ см. Экзостозов и деформаций полости таза нет.

Через 1 час после поступления жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Родовая деятельность – потуги через 1 мин по 50-55 с. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 уд в мин. Еще через 30 мин жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Потуги через 1,5 мин по 35-40 с. Головка плода опустилась в полость малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд в мин. Признак Вастена вровень. Взята на родовой стол. Наложена повязка Вербова. Родился живой доношенный плод женского пола, массой 3980,0 г. Последовый период без особенностей.

На первые сутки после родов женщина пожаловалась на боли в области лонного сочленения, усиливающиеся при движении ногами, положительный симптом «прилипшей пятки». Объективно в области лонного сочленения умеренная отечность, при пальпации болезненность, определяется ниша.

1. Поставить диагноз. Какие клинические данные подтверждают диагноз? Назовите причины, приводящие к данному осложнению беременности.
2. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы?
3. Каковы признаки данного осложнения выявляемые при дополнительных методах исследования?
4. Какова врачебная тактика? Какие ещё органы могут быть затронуты при данном патологическом состоянии?
5. Какова тактика родоразрешения женщин, имевших такое осложнение в анамнезе? Как изменяется походка женщины после лечения при таком осложнении родов?
6. В каких мероприятиях нуждаются женщины после лечения такого состояния? Какие оперативные вмешательства в родах могут способствовать развитию данного осложнения?
7. Какова медикаментозная терапия при данном осложнении? Каковы особенности физиологического течения беременности, способствующие развитию данного осложнения?
8. Какова длительность лечения подобных состояний? Каковы производящие моменты в развитии данного осложнения в рассматриваемом случае?

Ситуационная задача № 8.

Больная А., 28 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в задний проход, слабость. Заболела 1 час назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, был обморок. Начало заболевания связывает с физической нагрузкой. В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, хронический пиелонефрит. Менструации с 12 лет, по 4-5 дней через 30 дней, регулярные, болезненные. Последняя менструация 15 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 20 лет в одном браке. Беременность 2, закончились родами. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст. Пульс 80 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кпереди, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции. Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища – получена темная кровь.

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите причины данной патологии.
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки. 5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Назовите возможное осложнение основного процесса у больной?

10. Определите тактику ведения больной. Определите объем хирургического вмешательства.
12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной. Профилактика данной патологии.

Ситуационная задача № 9.

Больная К., 26 лет обратилась по поводу нерегулярных менструаций и отсутствия беременности в течение 2 лет при регулярной половой жизни без контрацепции.

В анамнезе: частые простудные заболевания, ангины, хронический холецистит, аппендэктомия в возрасте 16 лет. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 40-45 дней, последние 2 года задержки до 3-4 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад.

Объективно: рост 162 см., масса 82 кг; отложение жировой клетчатки равномерное. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы чистые, обнаружены стержневые волосы на верхней губе, подбородке, вокруг сосков и задней поверхности бедер.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Гинекологический статус: лобковое оволосение интерсексуального типа, обильный рост волос на промежности. Наружные половые органы развиты правильно.

3.О.: слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. Наружный зев цервикального канала 4 мм в диаметре, наполнен прозрачной слизью.

Бимануально: влагалище узкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, длине влагалищной части 2,5 см. Тело матки в anteversio-flexio, не увеличено, плотно-эластической консистенции, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные плотные безболезненные яичники. Своды и параметрии свободны, безболезненны. Выделения слизистые, в умеренном количестве. Поставьте предварительный диагноз.

1. Какие клинические проявления свидетельствуют о данной патологии?
2. Какие нарушения в менструальном цикле характерны для СПКЯ?
3. Чем обусловлены гирсутизм и ожирение? Каков характер нарушений стероидогенеза в яичниках при СПКЯ? С какими заболеваниями следует дифференцировать СПКЯ?
4. Изменения в яичниках, характерные для СПКЯ при УЗИ?
5. Какие гормональные исследования следует провести для дифференциальной диагностики? Какие изменения в гормональном статусе характерны для СПКЯ?
6. Какая гормональная проба позволяет дифференцировать СПКЯ от аденогенитального синдрома?
7. Какова тактика ведения больных с СПКЯ? Каковы критерии восстановления двухфазного цикла?
8. Какие непрямые стимуляторы овуляции можно использовать при СПКЯ?
9. При отсутствии эффекта от консервативных методов лечения СПКЯ, что следует рекомендовать больной?

Ситуационная задача № 10.

Роженица Т., 31 год, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых органов, начавшегося 2 ч назад при появлении родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 250 мл. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла ветряную оспу, взрослой неоднократно болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 4-5 дней через 28 дней, умеренные безболезненные. Замужем с 20 лет, брак первый. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта, без

осложнений, предпоследняя беременность прервалась самопроизвольным выкидышем на сроке 11 нед. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 9 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 164 см, масса тела - 78 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые. АД - 120/80 - 120/70 мм. рт. см, пульс 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность - 98 см, высота стояния дна матки над лоном - 33 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 128 уд./мин. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Схватки через 6-7 мин, продолжительностью 20-25 с, хорошей силы.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева на 1,5 поперечных пальца (3 см). Сразу за внутренним зевом сзади и справа прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью, занимающая 1/3 маточного зева. Остальная часть занята плодными оболочками, плодный пузырь наливается во время схватки. Предлежащая голова плода подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов и деформаций полости таза нет. После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 100 мл яркой алой крови. Поставить диагноз. Какие клинические данные подтверждают диагноз?

1. Назовите причины, приводящие к данному осложнению беременности.
2. Назовите анатомическую и клиническую классификацию предлежания плаценты.
3. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы?
4. Какова врачебная тактика? Назовите причины, обуславливающие кровотечения во время беременности и во время родов. Какую опасность для плода представляет предлежание плаценты?
5. От каких факторов зависит выбор метода лечения при предлежании плаценты?
6. При каком открытии маточного зева можно определить вид предлежания плаценты?
7. Что такое физиологическая и патологическая кровопотеря?
8. Возможно ли в данной ситуации применение утеротонических средств?
9. Особенности ведения беременных с предлежанием плаценты в женской консультации.

Ситуационная задача № 11.

Больная С., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тошноту и слабость; схваткообразные боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу и в прямую кишку; мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 4 дней.

Из анамнеза выяснено: менструации регулярные по 5-6 дней, умеренные, безболезненные, через 28 дней. Последняя менструация была 58 дней назад. Половая жизнь в браке, с 21 года. Беременностей было две: роды - 1, медицинский аборт - 2. В течение двух последних лет с целью контрацепции использует ВМС.

Объективно: состояние удовлетворительное. АД=110/70 мм. рт. ст. Пульс 80 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот слегка вздут, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный; стул, мочеиспускание не нарушены.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена. Выделения темно-красные, мажущие. Тело матки увеличено до 5-6-

недельного срока беременности, мягковатой консистенции. Отмечается резкая болезненность при смещении матки. Слева придатки не определяются. Справа пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, болезненное, тестоватой консистенции, ограниченное в подвижности. Задний свод при пальпации болезненный.

Произведено УЗИ матки: матка увеличена в размерах, ассиметричная. Полость матки расширена, в полости матки жидкостное неоднородное содержимое. Придатки справа неоднородной структуры без свободной жидкости. Четко плодное яйцо не визуализировано. В брюшной полости свободная жидкость.

1. Объем обследования
2. Поставьте диагноз.
3. Тактика врача.

Ситуационная задача № 12.

Больная О., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту, рези при мочеиспускании, тошноту, была однократная рвота.

Анамнез. Менструальная функция: Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация началась 8 дней назад в срок. Не замужем, половая жизнь с 16 лет. Имела 1 медицинский аборт, послеабортный период протекал без осложнений.

Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков.

Анамнез данного заболевания: заболела остро: появились боли внизу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул.

Объективно: температура - 39,0°C, пульс – 100 в мин., АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин – 117 г/л, лейкоциты – $17,2 \times 10^9$ /л, лейкоформула Э-1, П-8, С-57, Л-26, М-8, СОЭ – 41 мм/ч.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.

Бимануальное: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пропальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие еще заболевания относятся к данной группе воспалительных заболеваний женской половой системы?
3. Какие данные свидетельствуют о данной этиологии воспалительного процесса?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Какова тактика ведения данной больной?
5. Консультация какого специалиста необходима данной больной?
6. Какой основной принцип лечения воспалительных заболеваний половой системы специфической этиологии?

Ситуационная задача № 13.

Больная З., 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4-х лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла ангину, грипп.

Страдает анемией, последние 3 года дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию.

Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней через 30 дней) умеренные, безболезненные. Последние 2 года – через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами.

Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Всего было 2 беременности, обе (сроки 10 и 9 недель) закончились искусственными абортами без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 100 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на его верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, стул и мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные показатели: общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты- $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 18 мм/ч.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, из цервикального канала шейки матки исходит опухолевидное образование, диаметром 3 см. на тонкой ножке. Матка увеличена до 6-7 недель, плотная, безболезненная. В области левых придатков пальпируется опухолевидное образование с четкими контурами подвижное безболезненное. Придатки справа не определяются, область безболезненная. Пальпация заднего свода безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

1. Поставьте диагноз. План дальнейшего обследования. Перечислите возможные осложнения.
2. Определите тактику лечения больной.
3. Какие дополнительные лабораторные показатели необходимо уточнить при анемизации больной?
4. Составьте рекомендации по наблюдению и ведению больной после выписки из стационара.
5. Тактика диспансерного наблюдения. Какая патология эндометрия часто является сопутствующей при данной патологии?

Ситуационная задача № 14.

Больная Д., 49 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева.

На профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки (до 6 недель беременности). Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 4 года к врачу не обращалась;

В течение последних 2 лет стала отмечать тянущие боли внизу живота.

Анамнез: В детстве перенесла грипп, ангину, хронический тонзиллит, скарлатину, брюшной тиф.

Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. В последние годы менструации стали более обильными и болезненными, последняя менструация наступила в срок.

Половая жизнь с 30 лет; замужем. Всего было 2 беременности: обе беременности закончились искусственным абортom.

Перенесла гинекологические болезни: двустороннее воспаление придатков, вторичное бесплодие.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД – 100/80 мм. рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотное, слегка болезненное образование. Мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, чистая. Матка увеличена до 16 недель беременности, с множественными узлами, плотная, подвижная, слегка болезненная слева. Придатки с обеих сторон плотные, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и причина данного заболевания.
3. Основные методы лечения.
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
5. Определите план обследования и дальнейшего лечения больной.
6. Чем обусловлен болевой синдром?
7. Необходимо ли хирургическое лечение? Если да, то его объем и предпочтительный способ?

Ситуационная задача № 15.

Беременная Н. поступила в родильный дом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Данные анамнеза: наследственность неотягощена, из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 5 дней умеренные, регулярные, через 28 дней. Последняя менструация 5 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – медицинским абортom, третья – самопроизвольным выкидышем. На учете в женской консультации не стоит. Срок беременности, определенные по последней менструации, соответствует 20 неделям.

Объективно: при поступлении общее состояние женщины удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание пониженное. Температура тела 36,7°C, пульс 80 уд/мин., АД 120/80 мм рт. ст., патологии внутренних органов не выявлено. Живот овоидной формы, величина матки соответствует 24-недельному сроку беременности. Матка при пальпации тестоватой консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена как при 24-недельной беременности, тестоватой консистенции, не болезненная. При пальпации в области яичников с обеих сторон определяются овоидные образования тугоэластической консистенции, размерами 5 x 6 см., подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, шейка не эрозирована. Выделения кровянистые в небольшом количестве. Кровь темная, жидкая, с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками.

Анализ крови: Hb – 120 г/л, эритроциты – 3,5 млн., лейкоциты – 7×10^9 , СОЭ – 12 мм/ч. В моче патологических изменений не выявлено.

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз. Дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
2. Лечение. Возможные осложнения при удалении пузырного заноса. Акушерская тактика при величине матки до 12 недель беременности.
3. Акушерская тактика при увеличении матки больше 12 недель беременности.
4. Ведение женщины в послеоперационном периоде. В течении какого времени наблюдается женщина после удаления пузырного заноса и с чем это связано? Как

изменяется содержание хорионического гонадотропина в моче и биологические реакции на беременность после удаления пузырного заноса?

5. При возникновении хорионэпителиомы как изменяется содержание хорионического гонадотропина в моче?

6. Как часто проводится контрольное исследование мочи на хорионический гонадотропин после удаления пузырного заноса?

7. Через какое время после заболевания можно иметь беременность? Какие средства контрацепции противопоказаны в этот период?

8. Тактика ведения женщины при высоких цифрах содержания хорионического гонадотропина в моче после удаления пузырного заноса.

Ситуационная задача №16.

Больная К., 30 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на сильные боли в нижней части живота и пояснице.

Анамнез: менструации с 12 лет, установились через 3 года, по 7 дней через 30 дней, регулярные, болезненные, обильные. Последние 5 месяцев длятся по 2 дня. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 6: (4 закончились родами, 2 абортами).

Перенесла воспаление придатков матки. Три года назад была госпитализирована в стационар с диагнозом апоплексия яичников. Проведено консервативное лечение. В последние дни беспокоят сильные боли в нижней части живота и поясничной области.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки, бледно-розового цвета. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный справа.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизисто-сукровичные, скудные. Бимануально: тело матки в anteflexio, нормальных размеров, плотное подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется объемное образование размерами 7*6*7 см, плотноэластической консистенции, подвижное, болезненное при пальпации. Слева придатки не определяются. Задний свод болезненный при осмотре.

1. Поставьте диагноз.
 2. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
 3. Оцените общее состояние пациентки.
 4. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
 5. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
 6. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
 7. Определите тактику ведения больной.
 8. Современные методы лечения данной патологии.
 9. Вероятные последствия данного заболевания. Реабилитация больной.
- Профилактика данной патологии.

Ситуационная задача № 17.

В гинекологический стационар поступила больная 60 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза: менархе в 11 лет, до 50 лет месячные ходили регулярно по 4-6 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Постменопауза 10 лет. Имела 7 беременностей: 2 закончились срочными родами живыми детьми, 5 – искусственными абортами в сроке 7-11 недель; роды и аборт протекали без осложнений.

Из гинекологических заболеваний отмечает псевдоэрозию шейки матки после первых родов (проводилась диатермокоагуляция). Страдает гипертонической болезнью с 47 лет, сахарным диабетом II типа с 55 лет.

Объективное исследование: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Рост 157 см., масса 92 кг. АД – 205/115 мм. рт. ст., тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона, ЧСС 76 уд/мин. Со стороны легких, органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

Анализ крови: Hb 102 г/л, эритроцитов $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ - 52 мм/час, сахар крови - 10,7 ммоль/л.

Мочится часто, без рези. Склонность к запорам.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, без проявлений возрастной атрофии.

Осмотр при помощи зеркал: слизистые шейки матки и влагалища не изменены. Выделения из цервикального канала кровянистые, в умеренном количестве.

Бимануальное исследование: влагалище рожавшей женщины, слизистая оболочка умеренно складчатая, эластичная. Шейка матки цилиндрической формы, длина влагалищной части 2,5 см., наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, область их безболезненна. Своды и параметрий свободны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы риска для патологии эндометрия имеются у данной больной?
3. Какие нарушения гормонального статуса предрасполагают к заболеванию эндометрия?
4. Возможные источники продукции эстрогенов в постменопаузальном периоде?
5. Какие исследования следует провести для суждения о гормональном статусе больной?
6. С какими гинекологическими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у данной больной?
7. Какие исследования следует провести для дифференциальной диагностики?
8. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику у данной больной?
9. Какое исследование является решающим для постановки окончательного диагноза?
10. Выбор метода лечения.

Ситуационная задача № 18.

Больная О., 26 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в низу живота, рези при мочеиспускании, повышение температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, слабость, озноб, тошноту.

Менструальная функция с 14 лет, не нарушена. Последняя менструация началась 6 дней назад, в срок. Половая жизнь с 20 лет. Имела 1 роды, 2 искусственных аборта.

Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков в течение 2 лет. Заболела остро: появились боли в низу живота, температура повысилась до $39,5^{\circ}\text{C}$, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективно: температура - $38,6^{\circ}\text{C}$, пульс – 98 в мин., АД – 110/65 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, лейкоциты – $18,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 36 мм/ч.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное.

Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.

Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

1. Поставьте предварительный диагноз. Что относится к специфическим воспалительным заболеваниям женской половой системы?
2. Какие данные свидетельствуют о специфической этиологии воспалительного процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Откуда берутся мазки для выявления гонококков? Как классифицируется гонорея?
5. Какие существуют пути заражения гонореей?
6. Какие пути распространения гонорейной инфекции Вы знаете?
7. Какие существуют методы провокации воспалительного процесса?
8. Имеется ли иммунитет к гонорее у лиц, ранее переболевших данным заболеванием?
9. Какова тактика ведения данной больной? Консультация какого специалиста необходима данной больной?
10. Какой дополнительный документ оформляется при выявлении венерического заболевания.
11. Какой основной принцип лечения воспалительных заболеваний половой системы специфической этиологии? Каковы критерии лечения гонорей?

Ситуационная задача № 19.

Первобеременная Л., 22 лет, доставлена машиной скорой помощи из женской консультации с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, мелькание мушек перед глазами, понижение зрения, заложенность носа.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 16 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания – аднексит 2 года назад. В течение года с целью предохранения от беременности использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая беременность в 18 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 8 нед, без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 800 г в неделю с 30 нед. С 32 нед. отмечает повышение АД до 140 и 90 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 164 см, масса тела 82,5 кг. Пастозность лица, передней брюшной стенки, отеки нижних конечностей.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный 84 в мин. АД – 170/120 мм рт.ст. В моче белок экспресс методом 3г\л.

Матка в нормальном тоне. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 138 уд/мин. Нестрессовый тест положителен.

Срок беременности по всем данным 36–37 нед. Высота дна матки 29 см, окружность живота – 85 см. Предполагаемый вес плода – 2400 г.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л. Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромб - $130,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $5,1 \times 10^9$ /л, п/я – 1 %, с – 63 %, э – 1 %, л – 26 %, м – 9 %, СОЭ - 41 мм/час, Ht – 39 %.

Общий анализ крови: уд. вес – 1020, лейкоциты – 2-4 в п/зрения, эпителий – 5-6 в п/зрения, белок - 3500 мг/л, цилиндры гиалиновые – 3-4 в п/зрения.

1. Поставьте диагноз данной беременной.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. На каком сроке беременности началось данное осложнение?
4. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
5. Какие изменения можно выявить на эхокардиоскопии у этой беременной?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 20.

38-летняя роженица доставлена машиной скорой помощи. Беременность 4-я, роды 3-и. Предыдущая беременность сопровождалась отеками и повышением АД до 150/100 мм рт.ст.

В анамнезе гипертоническая болезнь - лечилась самостоятельно. Женскую консультацию за беременность посетила 2 раза. Прибавка веса за беременность - 20 кг.

Родовая деятельность 4 часа. Воды излились в машине скорой помощи - светлые. За 30 минут до поступления в стационар появилась головная боль, отмечает ухудшение самочувствия, расстройство зрения. Отеки ног и передней брюшной стенки. АД - 180/100 мм рт. ст. Ps - 92 уд/мин. При кипячении мочи - осадок занимает половину объема пробирки.

Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, ближе к прямому размеру, малый родничок справа под лоном. Седалищные ости не прощупывают. Две трети крестцовой впадины и вся задняя поверхность симфиза заняты головкой.

1. Поставьте диагноз.
2. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
3. Опишите вид, позицию плода, нахождение головки.
4. Что делать? Метод родоразрешения.
5. Возможные осложнения со стороны плода и матери.
6. Послеродовая реабилитация.

Ситуационная задача № 21.

Беременная С., 27 лет, срок беременности 37 нед., поступила в родильный дом по поводу обильных ярких кровянистых выделений из половых органов, появившихся 1 ч назад на фоне полного здоровья. К моменту поступления кровопотеря составила 600 мл.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла скарлатину, взрослой неоднократно болела ОРЗ, гриппом, перенесла послеабортный эндометрит. Менструации с 12 лет, установились сразу, продолжительность 3-4-5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Замужем с 19 лет, брак первый. Всего беременностей три: первая закончилась нормальными срочными родами, затем был 1 медицинский аборт, после которого был подъем температуры, кровянистые выделения, по поводу чего лечилась стационарно в гинекологическом отделении. Настоящая беременность третья. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 7-8 недель. Во время беременности дважды отмечала кровянистые выделения в небольшом количестве, без болей. Женскую консультацию посетила 14 раз.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 162 см, масса тела - 68 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые, чистые АД - 90/50 мм. рт. см, пульс 110 в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность -95 см,

высота стояния дна матки над лобком - 32 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 134 уд./мин. Размеры таза: 23-25-29-18 см, индекс Соловьева 14 см, ромб Михаэлиса 8 и 10 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка укорочена до 2,5 см, Наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Предлежащая часть через своды не определяется, своды тестоватые. Мыс достижим, $cd=1$ 1,5 см, $cv=10$ см. Экзостозов и деформаций полости таза нет. После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 150 мл яркой алой крови.

1. Поставить диагноз. Какие клинические данные подтверждают диагноз? Каковы возможные причины данного осложнения беременности? Приведите анатомическую и клиническую классификацию предлежания плаценты.
2. Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы?
3. Какова врачебная тактика? Назовите причины, обуславливающие кровотечения во время беременности и во время родов.
4. Чем предлежание плаценты опасно для плода? Какие факторы определяют выбор акушерской тактики при предлежании плаценты?
5. С каких мероприятий необходимо начать лечение в данном случае? Какова величина физиологической и патологической кровопотери?
6. Показано ли в данной ситуации применение утеротонических средств для остановки кровотечения?
7. Какова тактика ведения беременных с предлежанием плаценты в женской консультации?

Ситуационная задача № 22.

Беременная К., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на рвоту до 20 раз в сутки.

Менструации с 16 лет, установились сразу, приходят через 30 дней, длятся по 4 дня, безболезненные, в умеренном количестве, последние месячные были 2 месяца назад. За мужем 6 месяцев. Гинекологических заболеваний не было. Других заболеваний также не отмечает.

Настоящая беременность первая, больной себя считает 3 недели и указывает, что вначале появилась, а в последующем развилась сильная слабость. Рвота вначале была 2 – 3 раза в день, а затем участилась до 20 раз в сутки.

За время болезни до поступления в клинику больная потеряла в весе 7 кг. Отношение к беременности положительное.

При поступлении: телосложение правильное, питание резко пониженное. Движение пальцем по коже оставляет пыльный след. Вес 42 кг, рост 162 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, аппетит понижен. Артериальное давление 90/55 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, ритмичный.

Тоны сердца слегка приглушены, границы в норме. В легких – везикулярное дыхание. Живот мягкий болезненность при пальпации в области эпигастрия. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. В моче белок 0,033г\л.

Анализ крови: эритроцитов $3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобина 93 г/л, лейкоцитов $10 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 38 мм/ч.

Наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки чистая, цианотичным оттенком. Матка в anteversio. Тело ее шарообразной формы, увеличено до 7-8 недель беременности. Признак Горвица – Гегара положительный. Придатки не определяются.

1. Поставьте диагноз. Каков патогенез данного осложнения беременности?
2. В какие сроки беременности возникают данная патология.
3. Какие еще формы данной патологии встречаются?

4. Какие патологические процессы являются фоновыми при возникновении данной патологии?
5. Какие заболевания следует исключить при установлении данного диагноза?
6. Назовите классификацию данной патологии.
7. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?
8. При совокупности каких симптомов прогноз становится особенно тяжелым?
9. Что предусматривает комплекс лечебных мероприятий при рвоте беременных?
10. Какие физиотерапевтические методы могут быть использованы при лечении данной патологии?
11. Что следует предпринять при безуспешности консервативной терапии?

Ситуационная задача № 23.

Повторнородящая Л, 30 лет с регулярной родовой деятельностью в течение 5-и часов доставлена в родильное отделение. В акушерском анамнезе Б — 6, Р — 2, А — 4. При осмотре: схватки по 50 — 60 сек., регулярные. Положение плода продольное предлежит тазовый конец, прижат к плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное 80 — 100 уд/мин., выслушивается слева выше пупка. Околоплодные воды излились 15 минут назад.

При влагалищном исследовании: тонус мышц тазового дна сохранен, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7-8 см. Плодного пузыря нет. Подтекают околоплодные воды. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Предлежит тазовый конец (пальпируются ягодицы, межягодичная щель, крестец), прижат к плоскости входа в малый таз. Таз емкий, мыс не достигаем, экзостозов нет.

На КТГ: выраженные атипические вариабельные децелерации на фоне брадикардии.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические признаки подтверждают диагноз?
3. Каковы причины формирования данного осложнения?
4. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?
5. Дайте оценку таза роженицы.
6. Какова тактика ведения этих родов?
7. Какие акушерские мероприятия можно применить для родоразрешения?
8. Какой прогноз родов при данной патологии для матери и плода? Ошибки ведения.

Ситуационная задача № 24.

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая — искусственным абортom без осложнений, седьмая — срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи. При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела — 35,8 °С. АД —

100/60-100/55 мм рт. ст., пульс – 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность – 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: *distantia spinarum*-26 см, *distantia cristarum*-28 см, *distantia trochanterica*-30 см, *conjugata externa*-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки? Приведите классификацию разрывов матки.
3. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.
4. Перечислите клинические признаки разрыва матки, которые описаны в данной задаче.
5. Тактика ведения? Какой таз у данной женщины?
6. Как вы оцениваете состояние гемодинамики у данной женщины?
7. Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?
8. Какие профилактические мероприятия могли бы предотвратить данное осложнение родов?
9. Назовите причины быстрой гибели плода при совершившемся разрыве матки? Назовите, кто относится к группе риска по возникновению данного осложнения родов?

Ситуационная задача № 25.

Беременная 26 лет поступила в отделение беременности в сроке 38 недель. Жалобы на боли внизу живота и пояснице. Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась родами. Родился мальчик на 3000 г., живой, здоровый. После операции на сердце – успешно, проведенная комиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана 2 года тому назад врачи разрешили еще иметь ребенка.

Женскую консультацию посещала регулярно. Наблюдалась врачами: акушером-гинекологом и терапевтом. В стационаре обследовалась и лечилась в сроке 11 недель, 18, 30 недель беременности.

В настоящее время поступила в родильный дом для подготовки к родоразрешению. Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7⁰. АД 110/70. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Видимые слизистые цианотичны. Сердце – на верхушке систолический шум. Дыхание 20 в минуту. На ногах умеренные отеки. Печень не пальпируется. Акушерское обследование: размеры таза без патологии. Окружность живота 85 см. Высота дна матки 36 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение 138 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование? Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки 1,5 см, размягчена, зев пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Емкость таза удовлетворительная.

1. Поставьте диагноз данной больной?
2. К какой степени риска отнести данную беременную женщину?
3. Через какое время и почему может быть решен вопрос о сохранении беременности после комиссуротомии? Назначьте лечение данной женщине.

4. Как вести беременность и роды у данной женщины? Влияние данной патологии на беременную и плод.
5. Перечислите типичные жалобы беременной, страдающей заболеванием сердца?
6. Какие характерные изменения плаценты можно выявить на УЗИ?
7. В консультации каких специалистов нуждается данная женщина? Какие лекарственные средства применяются в I, II, III периодах родов? В каких случаях применяется лечебный наркоз?
8. Назовите несколько спазмолитических препаратов, применяемых в родах?
9. Перечислите мероприятия, направленные на профилактику повышенной кровопотери во втором периоде родов? По каким симптомам вы диагностируете состояние ребенка при рождении?
10. На какие сутки после родов можно выписать домой с ребенком?

Ситуационная задача № 26.

Роженица С., 35 лет, поступила в роддом с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Роды в срок.

Гинекологический анамнез: миома матки небольших размеров. Беременность III, первая закончилась нормальными родами, II – медаборт на сроке 7-8 недель. Настоящая беременность III. Женскую консультацию посещала нерегулярно. Женщина правильного телосложения, умеренного питания: рост 165, масса 80 кг. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, отеков нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. PS – 68 уд/мин. АД 110/70. Д=S. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

При наружном осмотре живот вытянут в поперечном направлении. ОЖ – 118 см; ВДМ – 31. Дно матки широкое, плоское, расположено низко. В боковых отделах матки определяются: справа - крупная мягкой консистенции часть, слева - округлая плотная баллотирующая часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка до 140 уд/мин, ясное, ритмичное. Воды не отошли. Схватки по 25-30 секунд через 4 минуты, средней силы. Размеры таза 26-29-31-21. Индекс Соловьева – 14,5 см; Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное без рубцов. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева 3 поперечных пальца (6 см). Плодный пузырь цел. Во время схватки хорошо наливается. Предлежащую часть ни через плодный пузырь, ни через передние своды обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза достаточная, экзостозов нет.

1. Поставьте диагноз. Каким считается положение плода, если ось плода и ось матки образуют угол в 90^0 ?
2. Какую форму имеет матка при наружном осмотре в случае поперечного положения плода?
3. Будет ли соответствовать ВДМ и ОЖ сроку беременности при поперечного положения плода?
4. Как определяется позиция плода при поперечном положении плода?
5. Как определяется вид плода при поперечном положении плода?
6. Где будут определяться крупные части плода в случае поперечного положения плода?
7. Где лучше выслушивается сердцебиение плода в случае поперечного положения плода?
8. Можно ли определить предлежащую часть (головку или ягодицы) при влагалищном исследовании в случае поперечного положения плода ?
9. При каком сроке беременности необходимо направить женщину на дородовую госпитализацию в случае поперечного положения плода?

10. Какой метод родоразрешения используются в настоящее время в случае поперечного положения плода?

11. Как заканчивают роды в случае запущенного поперечного положения плода?

Ситуационная задача № 27.

Беременная К., 20 лет, доставлена в стационар в 8 часов 20 минут, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, в конце схватки отмечает желание потужиться.

Из анамнеза: Данная беременность третья, предыдущие две беременности закончились нормальными родами, новорожденные имели вес 2900,0 и 3100,0 грамм. Срок настоящей беременности 40 недель. Схватки начались дома, накануне вечером в 22 часа, воды отошли дома, за 3 часа до поступления в стационар, в течение последних 1,5 часов в конце схватки возникает желание потужиться.

При поступлении: Поведение беспокойное, пульс 90 ударов в минуту, АД 120 и 80 мм рт ст, температура тела 36,6 ° С. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, на уровне пупка визуализируется косорасположенное пограничное кольцо. Высота дна матки - 40 сантиметров, окружность живота - 100 сантиметров. Схватки сильные, частые, во время пауз между схватками стенка матки почти не расслабляется. Пальпация нижнего сегмента матки болезненная. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритм правильный, 120 ударов в минуту. Размеры таза 24-26-29-19. Индекс Соловьева 16 сантиметров.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, занимает верхний край лона, вставление правильное. На головке определяется родовая опухоль. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки?
3. Приведите классификацию разрывов матки.
4. Назовите причины угрожающего разрыва матки применительно к данному случаю.
5. Перечислите клинические признаки угрожающего разрыва матки, которые описаны в данной задаче.
6. Тактика ведения, с чего начнете оказание помощи?
7. Чем опасно дальнейшее консервативное ведение родов?
8. Как оценить предполагаемый вес плода, какой он в данном случае?
9. Какой таз у данной женщины, какая степень сужения?
10. Каковы размеры истинной конъюгаты у данной женщины?
11. Что такое «признак Вастена», о чем он свидетельствует?
12. Что такое «пограничное кольцо»?

Ситуационная задача № 28.

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок.

Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений.

Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 101 см. Высота дна матки – 39 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вас-

тена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Схватки переходят в потуги.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное (12 см). Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, ее занят верхний край лона и терминальная линия. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс крестца не достижим.

1. Диагноз.
2. Как называется таз, при котором имеется несоответствие между размерами головки плода и тазом матери?
3. Каким будет признак Вастена при клинически узком тазе?
4. О чем свидетельствует признак отсутствия продвижения головки по родовому каналу при хорошей родовой деятельности?
5. О чем свидетельствует признак появления отека шейки матки, симулирующего неполное открытие?
6. О чем свидетельствует признак появления потуг при высоко стоящей головке?
7. О чем свидетельствует признак задержки мочеиспускания или появление примеси крови в моче?
8. При каком открытии можно оценивать признаки несоответствия размеров головки плода тазу матери?
9. Какой метод родоразрешения используется при выявлении признаков несоответствия размеров головки плода тазу матери?

Ситуационная задача № 29.

Родильница М., 33 лет повторнородящая на 4-ые сутки послеродового периода предъявила жалобы на обильные лохии с запахом.

Страдает хроническим пиелонефритом в течение 2-х лет. Беременность VI, первая беременность закончилась родами, 4-е медицинскими абортами, 2 из которых осложнились острым эндометритом. Роды длились 19 часов 20 минут. Температура тела 38,6.

Объективно: Кожные покровы влажные, бледность слизистых оболочек. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясное, ритмичное. АД 110/70 на обеих руках. Пульс 92 уд.

Печень и селезенка не пальпируется. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Пастернацкого справа слабо положительн. Матка мягковатая 15 см над лоном, болезненная при пальпации. Выделения из половых путей мутно-сукровичные, обильные с запахом.

Бимануально: Шейка матки окончательно не сформирована, цервикальный канал свободно пропускает 2 поперечных пальца. Матка мягкая, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки не определяются; своды свободные. Выделения мутные с запахом.

1. Что подразумевается под термином, послеродовой эндометрит с патофизиологической точки зрения.
2. Возбудители послеродового эндометрита.
3. Какой симптом послеродового эндометрита является патогномичным?
4. Какие звенья иммунной защиты страдают при послеродовом эндометрите?
5. Каким образом реагирует на развитие послеродового эндометрита система гемостаза.
6. Что является входными воротами для инфекции при послеродовом эндометрите.
7. Какие заболевания женских половых органов провоцируют возникновение послеродового эндометрита.

8. Какие экстрагенитальные заболевания способствуют возникновению послеродового эндометрита.
9. Какие осложнения беременности ведут к послеродовому эндометриту.
10. Какие осложнения родов играют в развитии послеродового эндометрита.
11. Какие аппаратные методы применяются в диагностике послеродового эндометрита.
12. Какую антибактериальную терапию нужно назначить при послеродовом эндометрите, учитывая особенности микробного возбудителя.
13. Какие немедикаментозные методы применяют при лечении послеродового эндометрита.
14. Каков объем инфузионной терапии при послеродовом эндометрите?

Ситуационная задача № 30.

Первобеременная Л., 18 лет, поступила в стационар из женской консультации с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, мелькание мушек перед глазами, понижение зрения, заложенность носа.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 14 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания – двусторонний аднексит 1 год назад. В течение года с целью предохранения от беременности использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая беременность в 17 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 7 нед., без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 600 г. в неделю с 30 нед. С 32 нед. отмечает повышение АД до 145/95 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 160 см, масса тела 81,0 кг. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 92 в мин. АД – 180/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в нормальном тоне. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 144 уд/мин. Нестрессовый тест положителен. Срок беременности по всем данным 36–37 нед. Высота дна матки 30 см, окружность живота – 84 см. Предполагаемый вес плода – 2520 г.

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л. Эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты - $138,0 \times 10^9$ /л, Лейкоциты - $5,1 \times 10^9$ /л, п/я – 1 %, с – 63 %, э – 1 %, л – 26 %, м – 9 %, СОЭ - 41 мм/час, Нt – 39 %.

Общий анализ крови: уд. вес – 1014, лейкоциты – 4-8 в п/зрения, эпителий – 5-6 в п/зрения, белок - 3500 мг/л, цилиндры гиалиновые – 3-4 в п/зрения.

1. Поставьте диагноз данной беременной. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
2. На каком сроке беременности началось данное осложнение? По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
3. Какие изменения можно выявить на эхокардиоскопии у этой беременной?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. В консультации каких специалистов нуждается данная беременная?
6. Что лежит в основе классификации данной патологии?
7. Какие факторы являются ведущими в патогенезе? Назначьте лечение.
8. Чем обусловлен выбор тактики ведения? Назовите основные направления лечения.

Ситуационная задача № 31.

Роженица З., 27 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярными схватками, начавшимися 5 часов назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, перенесла дифтерию, скарлатину, брюшной тиф. Менструации с 14 лет, установились через 6 месяцев, продолжительностью 3 дня через 21 день, умеренные, безболезненные. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья – медицинскими абортами. Беременность протекала нормально. Наблюдалась в женской консультации.

Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Температура тела – 36,5 С, пульс – 76 ударов в 1 мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Живот овоидной формы, окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки – 38 см, размеры таза: distantia spinarum – 26 см, distantia cristarum – 28 см, distantia trochanterica – 30 см, conjugata externa – 20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка находится высоко над входом в малый таз, подвижная, больших размеров. Кости черепа истончены, что создает впечатление пергаментного хруста при пальпации головы плода. Сердцебиение плода выслушивается слева на уровне пупка, частота 136 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки укорочена до 1 см, открытие на 3 пальца (6 см), плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая часть – головка, расположена высоко над входом в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Обращает на себя внимание необычная ширина шва (более 1 см), обширный флюктуирующий малый родничок слева, ближе к лобку, смещающиеся кости черепа. Мыс крестца не достигается.

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительный диагностический метод исследования?
4. Тактика врача.
5. Прогноз родов.
6. Осложнения в родах в своевременно не распознанных случаях гидроцефалии плода.
7. Прогноз для плода.
8. Факторы риска внутриутробного развития гидроцефалии плода у роженицы З.
9. Внечерепные аномалии при гидроцефалии плода.
10. Условия для краниотомии.
11. Возможные осложнения при проведении краниотомии.
12. На сколько дней следует предоставить дополнительный отпуск в послеродовом периоде роженице З. и с чем это связано?
13. В консультации врача какой специальности нуждается роженица З. после родов в связи с рождением ребенка с гидроцефалией?

Ситуационная задача № 32.

Больная К., 20 лет, доставлена машиной скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на резкую схваткообразную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 3 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, больше справа, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, корь, коревая краснуха, хронический пиелонефрит.

Менструации с 14 лет, по 3-4 дня через 30 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 12 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета.

Артериальное давление 95/55 мм рт. ст. Пульс 104 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через правый боковой свод определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции, болезненное.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища – получена темная кровь.

1. Поставьте диагноз. 2. Укажите причины данной патологии.
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?
10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства.
12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.

Ситуационная задача № 33.

Беременная К., 23 лет, поступила в клинику с жалобами на рвоту до 16 раз в сутки. Менструации с 15 лет, установились сразу, через 30 дней, по 5 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последние месячные 7 недель назад. Замужем первый год. Гинекологические заболевания отрицает. Из общесоматических – детские инфекции.

Настоящая беременность первая, больной себя считает 2 недели. Вначале появилась, а в последующем развилась сильная слабость. Рвота по 2 – 3 раза в день, в последнюю неделю участилась до 15-16 раз в сутки.

За время болезни до поступления в клинику больная потеряла в массе 5 кг. Беременность желанная.

При поступлении: телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 52 кг, рост 160 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, аппетит понижен. Артериальное давление 95/50 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, ослабленного наполнения.

Тоны сердца слегка приглушены, границы в норме. В легких – везикулярное дыхание. Живот мягкий болезненность при пальпации в области эпигастрия. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. В моче следы белка.

Анализ крови: эритроцитов $3,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина 104 г/л, лейкоцитов $12 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 32 мм/ч.

Наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки чистая. Матка в anteversio. Тело ее шарообразной формы, увеличено до 7 – 8 недель беременности. Признак Горвица – Гегара положительный. Придатки не определяются.

Своды свободные, выделения слизистые умеренные.

1. Поставьте диагноз. Каков патогенез данного осложнения беременности?
2. В какие сроки беременности возникают ранние токсикозы?
3. Какие еще формы ранних токсикозов встречаются?
4. Какие патологические процессы являются фоновыми при возникновении рвоты беременных?
5. Какие заболевания следует исключить при установлении данного диагноза?
6. Назовите классификацию рвоты беременных.
7. При совокупности каких симптомов прогноз становится особенно тяжелым?
8. Что предусматривает комплекс лечебных мероприятий при рвоте беременных?

Какие физиотерапевтические методы могут быть использованы при лечении рвоты беременных?

5.3. Критерии контроля знаний

Оценка	Критерии
«Отлично»	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы
«Хорошо»	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы
«Удовлетворительно»	Ординатор показывает частичное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета
«Неудовлетворительно»	Ординатор не показывает освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение

6.1. Основная литература:

№	Название
1.	Акушерство : национальное руководство : [краткое издание] / Айламазян Э. К. [и др.] ; Ассоц. мед. о-во по качеству, Рос. о-во акушеров-гинекологов ; под ред. Э. К. Айламазяна [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - (Национальные руководства).
2.	Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи: стандарты / сост. А. С. Дементьев [и др.]. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1033 с. - (Стандарты медицинской помощи).
3.	Акушерство и гинекология. Схемы лечения: справочник / ред. В. Н. Серов; ред.-сост. И. И. Баранов. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: Литтерра, 2020. - 368 с.
4.	Артымук Н. В. Клинические нормы. Акушерство и гинекология / Н. В. Артымук, Т. Е. Белокриницкая. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - Текст : электронный //

	URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451847.html .
5.	Гинекологическая эндокринология: клинические лекции: [руководство для врачей] / И. Б. Манухин [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 296 с. - (Библиотека врача-специалиста. Гинекология. Эндокринология).
6.	Гинекология / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html .
7.	Гинекология: национальное руководство / Ассоциация медицинских обществ по качеству, Российское общество акушеров-гинекологов ; ред. Г. М. Савельева [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с.: ил. - (Национальные руководства).
8.	Гинекология: учебник / ред.: Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с.
9.	Епифанов В. А. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии / Епифанов В. А. [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 504 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450284.html .
10.	Инфекционно-воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии / под ред. Э. К. Айламазяна - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439456.html .
11.	Капительный В. А. Акушерство и гинекология: практические навыки и умения с фантомным курсом: учебное пособие: [для вузов по специальности 31.05.01 "Лечебное дело"] / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 400 с.
12.	Капительный В. А. Методические рекомендации по практическим навыкам и умениям в акушерстве и гинекологии : учеб. пособие / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко; под ред. А. И. Ищенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 128 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440087.html .
13.	Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В. Е. Радзинского, Р. Н. Аляутдина - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 672 с.- Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437384.html .
14.	Кровотечения во время беременности, родов и в послеродовом периоде: учебное пособие / А. В. Самойлова, Т. Г. Денисова, А. Г. Гунин [и др.] ; ФГБОУ "Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова"; ответственный редактор Т. Г. Денисова. - Чебоксары: Издательство Чувашского университета, 2020. - 76 с.
15.	Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Акушерство и гинекология / под ред. В. Е. Радзинского - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 288 с. (Серия "Лекарственное обеспечение клинических протоколов") - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447390.html .
16.	Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / В. Н. Серов [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. - (Библиотека врача-специалиста: БВС. Акушерство и гинекология)
17.	Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / В. Н. Серов [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста") - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440544.html .
18.	Радзинский В. Е. Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В. Е. Радзинского, Е. В. Ших. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 432 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460313.html .
19.	Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии: монография / П. Р. Абакарова [и др.]; ред. В. Н. Серов [и др.]. - 3-е изд., пере-

	раб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1136 с.
20.	Ультразвуковая диагностика в репродуктивной медицине. Достижения в обследовании и лечении бесплодия и вспомогательных репродуктивных технологиях / Ж. С. Абрамович [и др.]; ред.: Л. А. Штадмауэр, А. Тур-Каспа; ред. пер. А. И. Гус. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 488 с.
21.	Фофанова И. Ю. Бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Современное состояние проблемы / Фофанова И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446300.html .
22.	Шайтор В. М. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь девочкам и девушкам-подросткам: краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, А. В. Емельянова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с.

6.2.Дополнительная литература:

№	Название
1.	Айламазян, Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2.	Акушерство: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / С. В. Апресян [и др.]; под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с.
3.	Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / ред.: Г. М. Савельева, В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с.
4.	Акушерство и гинекология: дифференциальная диагностика от А до Я : руководство / ред. Т. Холлингуорт ; ред пер. Н. М. Подзолкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 398 с.
5.	Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии / Л. А. Озолия, С. Б. Керчелаева И. А. Лапина, О. В. Макаров. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456514.html .
6.	Гинекология: учебник / В. Г. Абашин [и др.] ; ред.: В. Е. Радзинский, А. М. Фукс, Л. Р. Токтар. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 998 с.
7.	Доброхотова Ю. Э. Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве / Ю. Э. Доброхотова [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. - Текст: электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442524.html .
8.	Заболевания молочных желез в гинекологии / Н. М. Подзолкова, И. Е. Фадеев, Т. Н. Полётова, Л. В. Сумятина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 80 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456590.html .
9.	Венедиктова М. Г. Онкогинекология в практике гинеколога / М. Г. Венедиктова, Ю. Э. Доброхотова . - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432631.html .
10.	Мадянов И.В. Менопаузальная гормональная терапия. В помощь терапевту и врачу общей практики: монография / И. В. Мадянов, Т. С. Мадянова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. - (Библиотека врача-специалиста)
11.	Манухин И. Б. Гиперандрогенные синдромы в гинекологии / И. Б. Манухин, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456668.html .
12.	Подзолкова Н. М. Вульвовагинальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Диагностика, лечение, реабилитация / Н. М. Подзолкова, Л. Г. Созаева. - Москва:

	ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455821.html .
13.	Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных в гинекологической клинике / О. Л. Глазкова [и др.] ; под ред. Н. М. Подзолковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456231.html
14.	Шнейдерман М. Г. Акушерско-гинекологический массаж: практическое руководство для врачей / М. Г. Шнейдерман. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 80 с.

6.3.Электронные ресурсы

№	Перечень
1.	Medlinks.ru»: медицинский сервер. - URL : http://www.medlinks.ru
2.	Единое окно доступа к образовательным ресурсам. - URL: http://window.edu.ru/
3.	Информационные ресурсы ФИПС: Патентные и непатентные. полнотекстовые базы данных. - URL: http://www1.fips.ru
4.	Консультант врача: Электронная медицинская библиотека. - URL : http://www.rosmedlib.ru
5.	КонсультантПлюс: справочно-правовая система
6.	eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека: сайт. – Москва, 2000. - URL: https://elibrary.ru (дата обращения: 25.11.2020). - Режим доступа: для зарегистрированных пользователей. – Текст: электронный.
7.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://xn--90ax2c.xn--plai/ . – Текст электронный.
8.	Руконт: национальный цифровой ресурс. - URL : http://rucont.ru/
9.	Федеральная электронная медицинская библиотека. - URL : http://feml.scsml.rssi.ru/feml/
10.	Электронный библиотечный абонемент ЦНМБ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. - UR : http://www.emll.ru/
11.	PubMed (National Library of Medicine - NLM): Национальный центр биотехнологической информации [Электронный ресурс]. - URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/
12.	Проблемы репродукции: научно-практический журнал. -: https://www.mediasphera.ru/issues/problemy-reproduktsii/2020/6-2/
13.	Медицинская генетика: научно-практический журнал. – URL : https://www.medgenjournal.ru/jour
14.	«Акушерство и гинекология»: научно-практический журнал. – URL : https://aig-journal.ru/archive
15.	«Доктор.Ру». Гинекология: научно-практический журнал. – URL: https://journaldoctor.ru/archive/ginekologiya/doktor-ru-ginekologiya-
16.	«Российский вестник акушера-гинеколога: научно-практический журнал. – URL : https://www.mediasphera.ru/journal/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa
17.	"Акушерство, Гинекология и Репродукция" (АГР): научно-практический журнал. - – URL : https://www.gynecology.su/index/index/index
18.	«Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева»: научно-практический журнал. - – URL: https://www.medlit.ru/journalsview/obstetrics/view/
19.	Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии : научно-практический журнал. - – URL: https://www.phdynasty.ru/katalog/zhurnaly/voprosy-ginekologii-akusherstva-i-perinatologii/