

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САЯНСКИЙ ТЕХНИКУМ СТЭМИ»**

Утверждаю
Директор ЧОУ ПО СТЭМИ
/М.Н. Соболев/
«14» 02 2019г.



**Дополнительная профессиональная
программа повышения квалификации**

«Акушерство и гинекология»

Срок реализации 1 месяц (144 часа)

Специальность «Акушерство и гинекология»

**Саяногорск
2019г.**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» для специалистов акушеров-гинекологов (повышение квалификации) является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в дополнительном профессиональном образовании.

Актуальность программы «Акушерство и гинекология» обусловлена необходимостью совершенствования профессиональных знаний и компетенций в рамках имеющейся квалификации врачей акушеров-гинекологов. Специалистам акушерско-гинекологической службы необходимо углубление знаний по основным профессиональным проблемам с учетом современных исследований, открытий, появлению новых технологий, новых методов диагностики и лечения соответственно современным стандартам оказания квалифицированной помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» от 01.11.2012 года и Федеральному закону Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года.

Настоящая дополнительная профессиональная программа предназначена для повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, работающих в женских консультациях, акушерских и гинекологических стационарах.

Цель обучения - углубление знаний по основным разделам акушерства и гинекологии, а также получение новой компетенции – овладение современными методами диагностики и лечения беременных и гинекологических больных соответственно с новыми требованиями по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)** от 01.11.2012 года.

Задачи обучения:

1. Углубление знаний по актуальным вопросам акушерства и гинекологии.
2. Совершенствование компетенции - ведение беременных в соответствии с современными требованиями (стандартами) в женской консультации, родильном доме.
3. Совершенствование компетенции - ведение гинекологических больных в соответствии с современными требованиями (стандартами) в женской консультации, гинекологических клиниках.

Программа дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» включает в себя: содержание рабочей программы дисциплины (модуля); учебный план; учебно-тематический план; контрольно-измерительные материалы для итоговой аттестации.

В процессе подготовки слушателей повышения квалификации дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология», обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения

(входной контроль). Текущий контроль знаний осуществляется в процессе изучения учебной темы. При этом используются формы контроля: тестовый контроль и итоговая аттестация. В процессе обучения будут использованы симуляционные методы обучения и дистанционные технологии обучения.

Обучение слушателей складывается из аудиторной учебной работы (лекция, семинары, практические занятия) и самостоятельной подготовки. Общее рабочее время аудиторной работы обучающихся составляет 144 часа.

ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ

ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА, УСПЕШНО ОСВОИВШЕГО ПРОГРАММУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

В процессе освоения программы дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» формируются следующие компетенции:

1. *Общесукупные компетенции характеризуются*

1. способностью и готовностью осуществлять свою профессиональную деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты, сохранять врачебную тайну
2. способность и готовность анализировать медико-социальные проблемы здоровья женского населения, демографические показатели, и использовать их в своей профессиональной деятельности,
3. способностью и готовностью к организации работы сотрудников лечебно-профилактического учреждения, принятие ответственных управленческих решений в рамках своей профессиональной компетенции.

2. *Профессиональные компетенции характеризуются:*

в учебной деятельности:

1. способностью и готовностью оказывать квалифицированную медицинскую помощь беременным женщинам и гинекологическим больным в соответствии с современными требованиями (стандартами);
 2. способностью и готовностью устанавливать (подтверждать) диагноз на основании новых теоретических положений в акушерстве и гинекологии и других дисциплинах, а также использовать современные технологии ведение и лечения беременных и гинекологических больных
- в профессиональной деятельности:*

1. способностью и готовностью к проведению санитарно-просветительской работе среди населения и медицинских работников по актуальным вопросам современной

акушерско-гинекологической дисциплины (прегравидарная подготовка семьи, планирование беременности у женщин с экстрагенитальной патологией, профилактика аборта, медицинский аборт, современные технологии ЭКО новых методов лечения гинекологических больных, профилактика рака репродуктивной системы, подготовка семьи к рождению ребенка и др.)

2. способностью и готовностью проводить профилактические мероприятия с целью выявления социально-значимых заболеваний женского населения;

3. способностью и готовностью проводить диспансерное наблюдение гинекологических больных и беременных.

В организационно-управленческой деятельности:

1. способностью и готовностью использовать современную нормативную документацию, принятую в Российской Федерации здравоохранения (законы Российской Федерации, федеральные стандарты, приказы МЗ РФ и МЗ УР, учебно-методические рекомендации, действующие международные классификации, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций);

2. способностью и готовностью руководить коллективом, использовать знания основ медицинского страхования, организационной и управленческой структуры, анализировать показатели работы акушерско-гинекологической службы, проводить оценку качества оказываемой помощи.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И ВЛАДЕНИЙ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗАВЕРШЕННОМУ ОБУЧЕНИЮ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

По завершению повышения квалификации врач акушер-гинеколог должен:

Знать

1. основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений акушерско-гинекологической службы;
2. организацию акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;
3. основы юридических прав в акушерстве и гинекологии, правовые аспекты медицинской деятельности;
4. теоретические аспекты всех нозологий по профилю «Акушерство и гинекология», (этиология, патогенез, клиническая симптоматика, особенности течения, современные технологии лечения и реабилитации);
5. общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики;
6. принципы комплексного лечения беременных и гинекологических больных в соответствии с современными требованиями;

7. правила оказания неотложной медицинской помощи больным;
8. основы экспертиз временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы и порядок их проведения;
9. основы санитарного просвещения;
10. правила оформления медицинской документации;
11. принципы планирования деятельности и отчетности акушерско-гинекологической службы, методы и порядок контроля;
12. теоретические основы, принципы и методы диспансеризации;
13. принципы лекарственного обеспечения населения;
14. основы организации лечебно-профилактической помощи в женской консультации, родильном доме и гинекологическом отделении, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины;
15. основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии;
16. правила внутреннего трудового распорядка и правила по охране труда и пожарной безопасности.

Уметь:

1. проводить диспансерное наблюдение за беременными женщинами (в том числе патронаж беременных женщин и родильниц), формировать группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
2. организовывать и направлять пациенток на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;
3. осуществлять контроль за результатами пренатального скрининга на хромосомные нарушения и врожденные аномалии (пороки развития) плода и направлять беременных женщин группы высокого риска, сформированной по результатам пренатального скрининга, в медико-генетические центры (консультации);
4. организовывать и проводить перинатальные консилиумы по формированию дальнейшей тактики ведения беременности в случае пренатально установленного диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода и хромосомных нарушений;
5. проводить физическую и психопрофилактическую подготовку беременных женщин к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка;
6. организовывать и проводить профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологий молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

7. провести комплекс мероприятий по диспансеризации женского населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализа эффективности и качества диспансеризации;
8. организовать экстренную и неотложную медицинскую помощь беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;
9. организовывать в случаях необходимости консультирование беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим) женской консультации, врачами других специальностей женской консультации и других организаций;
10. определять медицинские показания и направлять беременных женщин, родильниц и гинекологических больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях;
11. осуществлять наблюдение за пациентками на всех этапах оказания медицинской помощи;
12. подготовить заключения по медицинским показаниям о необходимости направления беременных женщин, женщин с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение;
13. проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
14. осуществлять санитарно-гигиеническое образование среди прикреплённого женского населения по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, профилактики абортов;
15. формировать у женщин установки на материнство, сознание необходимости вынашивания беременности и рождения ребенка;
16. организовывать и проводить мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемиологического режима;
17. взаимодействовать с медицинскими организациями, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации;
18. содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным, организовывать совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей;
19. организовывать деятельность медицинских работников в ЛПУ акушерско-гинекологической службы;
20. организовывать ведение учётной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством

Владелец:

1. комплексными методами диагностики беременных женщин и гинекологических больных, используя клинические, лабораторные, функциональные и другие методы исследования;
2. комплексными методами диспансерного ведения и лечения беременных и гинекологических больных в соответствии современными требованиями (стандартами);
3. комплексными методами проведения профилактических осмотров, направленных на выявление заболеваний у женского населения в регионе;
4. комплексными методами воспитания, обучения и формирования у населения здорового образа жизни.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Надекс	Наименование тем, элементов и т.д.
1.	Раздел 1. Специальная программа организации акушерско-гинекологической помощи
1.1	Теоретические основы охраны здоровья и организации акушерско-гинекологической службы в РФ
1.2	Охрана здоровья матери в российском законодательстве
1.3	Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи
1.4	Российское право и здравоохранение
2	Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии
2.1	Клинические и лабораторные методы исследования
2.2	Электрофизиологические методы исследования матери и плода.
2.3	Ультразвуковые исследования
2.4	Эндоскопические методы исследования.
3	Раздел 3. Физиология беременности и родов
	методы

3.1	Оплодотворение и внутриутробное развитие плода. Анамнез физиологические изменения в организме во время беременности.	Анатомо-
3.2	Нормальные роды.	
3.3	Послеродовой период. Физиология и психология послеродового периода	
3.4	Грудное вскармливание	
4	Раздел 4. Патологическое и оперативное акушерство	
4.1	Патологическое акушерство: аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординация).	
4.2	Патологическое акушерство. Угрозы тазу.	
4.3	Патологическое акушерство. Роды матки.	
4.4	Патологическое акушерство. Преждевременные роды.	
4.5	Оперативное акушерство. Кесарево сечение.	
5	Раздел 5. Экстрагенитальные заболевания и акушерстве и гинекологии	
5.1	Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца	
5.2	Гипертоническая и гипотоническая болезни и беременность	
5.3	Беременность и заболевания органов дыхания. Бронхиальная астма	
5.4	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь.	
5.5	Беременность и заболевания почек и органов мочевыделения (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, единственная почка).	
5.6	Сахарный диабет и беременность	
5.7	Заболевания щитовидной железы и беременность	
5.8	Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодофицитная)	
5.9	Беременность и инфекционные заболевания. TORCH-инфекция.	
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии	
6.1	Кровотечения во время беременности	
6.2	Кровотечения во время родов	

6.3	Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.	
6.4	Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Эмболия околоплодными водами.	
7	Раздел 7. Токсикозы беременных	
7.1.	Ранние токсикозы беременных	
7.2.	Гестозы. Преэклампсия. Эклампсия.	
8	Раздел 8. Эндокринология в акушерстве и гинекологии	
8.1	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в периоде ее развития.	
8.2.	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в репродуктивном возрасте.	
8.3	Расстройство менструальной функции в подростковом возрасте.	
8.4	Расстройство менструальной функции в репродуктивном возрасте.	
8.5	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: транзиторный дисгипофизарный синдром.	
8.6	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: гиперандрогения.	
8.7	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: климактерический синдром.	
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	
9.1	Септические заболевания в акушерстве	
9.2	Воспалительные заболевания половых органов (неспецифические).	
9.3	Септические воспалительные заболевания в гинекологии	
9.4	Лактационные маститы	
10	Раздел 10. Новообразование женских половых органов и молочных желез.	
10.1	Профилактика развития опухолей репродуктивной системы	
10.2	Доброкачественные и ограниченные опухоли.	
10.3	Злокачественные опухоли	
10.4	Дисгормональные заболевания молочных желез	

11	Раздел 11. Острый живот в гинекологии
11.1	Острый живот при кровоизлиянии в брюшную полость
11.2	Острый живот при воспалении половых органов
11.3	Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей
12	Раздел 12. Эндометриоз
12.1	Внутренний эндометриоз.
12.2	Наружный эндометриоз
12.3	Экстрагенитальный эндометриоз
13	Раздел 13. Бесплодие.
13.1	Эндокринное бесплодие.
13.2	Трубный фактор в бесплодии
13.3	Маточный фактор в бесплодии
14	Раздел 14. Оперативная гинекология
14.1	Предоперационная подготовка
14.2	Операции на матке
14.3	Операции на придатках матки
14.4	Методы оперативного лечения при ретродиссинациях, опущении стенок влагалища, выпадении матки
14.5	Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном

Индекс	Наименование тем, элементов и т.д.
	периоде
15	Раздел 15 Травматизм в акушерстве и гинекологии
15.1	Травматизм в акушерстве
16	Раздел 16 Antenatalная охрана здоровья плода и перинатальная патология
16.1	Antenatalная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода
16.2	Невынашивание беременности.
16.3	Невынашивание беременности. Антифосфолипидный синдром.
16.4	Гипоксия и отставание внутриутробного развития плода
16.5	Реанимация, интенсивная терапия новорожденных
17	Раздел 17. Избранные вопросы смежных дисциплин
17.1	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона.
17.2	Туберкулез
17.3	Система обязательного добровольного страхования в здравоохранении
17.4	ВИЧ инфицирование и СПИД
18	Раздел 18. Планирование семьи и контрацепция
18.1	Профилактика нежелательной беременности. Виды абортот. Препараты контрацепции. Профилактика осложнений.
18.2	Гормональная контрацепция
18.3	Внутриматочная контрацепция
18.4	Барьерные и прочие методы контрацепции. Стерилизация
18.5	Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)

Цель: совершенствование знаний и компетенций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога.

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи и заведующие отделений родильных домов, женских консультаций, гинекологических отделений.

Срок обучения: 144 академических часов (4 недели, 1 месяц)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: Очная, очно-заочная с применением дистанционных технологий.

№	Наименование разделов	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			лекции	практические занятия	
1.	Раздел 1. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи	4	4	-	входной тестовый контроль, зачет
2	Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	6	2	4	зачет
3	Раздел 3. Физиология беременности и родов	8	4	4	зачет
4	Раздел 4. Патологическое оперативное акушерство	16	10	6	зачет
5	Раздел 5. Экстремитальные				

	заболевания в акушерстве и гинекологии	10	7	3	зачет
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии	10	6	4	зачет
7	Раздел 7. Токсикозы беременности	4	2	2	зачет
8	Раздел 8. Эндокринология в акушерстве и гинекологии	8	7	1	зачет
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	8	4	4	зачет
10	Раздел 10. Новообразования женских половых органов и молочных желез.	14	7	7	зачет
11	Раздел 11. Острый живот в гинекологии	6	3	3	зачет
12	Раздел 12. Эндометриоз	3	3	-	зачет
13	Раздел 13. Бесплодие.	4	3	1	зачет
14	Раздел 14. Оперативная гинекология	12	7	5	зачет
15	Раздел 15 Травматизм в акушерстве и гинекологии	3	2	1	зачет

16	Раздел 16 Антенатальная охрана здоровья плода и перинатальная патология	10	5	5	зачет
17	Раздел 17. Избранные вопросы смежных дисциплин	8	4	4	Зачет
18	Раздел 18. Планирование семьи и контрацепция	5	5	-	Зачет
19	Итоговая аттестация	5	-	5	Выход. тестовый контроль, итоговая аттестация

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

Цель: совершенствование знаний и компетенций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога.

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи и заведующие отделений родовых домов, женских консультаций, гинекологических отделений. **Срок обучения:** 144 академических часов (4 недели, 1 месяц)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: Очная, очно-заочная с применением дистанционных технологий.

№	Наименование разделов	Всего часов	В том числе		Форма Контроля
			лекции	практические занятия	
I.	Раздел I. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи	4	4	-	входной тестовый контроль, зачет
I.1	Теоретические основы охраны здоровья в организации акушерско-гинекологической службы в РФ	1	1	-	
I.2	Охрана здоровья матери и российского законодательстве	1	1	-	
I.3	Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической	1	1	-	

	помощи					
1.4	Российское право и здравоохранение	1	1	-		
2	Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	6	2	4	Зачет	
2.1	Клинические и лабораторные методы исследования	2	1	1		
2.2	Экстрофизиологические методы исследования матери и плода.	1	-	1		
2.3	Ультразвуковые методы исследования	2	1	1		
2.4	Эндоскопические методы исследования.	1	-	1		
3	Раздел 3. Физиология беременности и родов	8	4	4	Зачет	

3.1	Оплодотворение и внутриутробное развитие плода Анатомо-физиологические изменения в организме во время беременности.	2	1	1		
3.2	Нормальные роды.	2	1	1		
3.3	Послеродовой период Физиология и психология послеродового периода	2	1	1		
3.4	Грудное вскармливание	2	1	1		
4	Раздел 4. Патологическое и оперативное акушерство	16	10	6	Зачет	
4.1	Патологическое акушерство: аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординация).	3	2	1		
4.2	Патологическое акушерство. Узкие тазы.	3	2	1		
4.3	Патологическое акушерство. Разрывы матки.	3	2	1		
4.4	Патологическое акушерство. Преждевременные роды.	3	2	1		
4.5	Оперативное акушерство. Кесарево сечение.	4	4	4		
5	Раздел 5. Экстренные заболевания в акушерстве и гинекологии	10	7	3	Зачет	
5.1	Беременность и заболевания					

сердечно-сосудистой системы	2	1	1	
Приобретенные и врожденные пороки сердца				
5.2 Гипертоническая и гипотоническая болезни и беременность	1	-	1	
5.3 Беременность и заболевания органов дыхания. Бронхиальная астма	1	-	1	
5.4 Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь	1	1	-	
5.5 Беременность и заболевания почек и органов мочевыделительной системы (выселект, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, единственная почка).	1	1	-	
5.6 Сахарный диабет и беременность	1	1	-	
5.7 Заболевания щитовидной железы и беременность	1	1	-	
5.8 Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная)	1	1	-	

5.9	Беременность и инфекционные заболевания. TORCH-инфекция.	1	1	-	
6	Раздел 6. Кровотечения и акушерстве. Шок и терминальные состояния и акушерстве и гинекологии	10	6	4	Зачет
6.1	Кровотечения во время беременности	2	2	-	
6.2	Кровотечения во время родов	2	2	-	
6.3	Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.	2	1	1	
6.4	Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Эмболия околоплодными водами.	4	1	3	
7	Раздел 7. Токсикозы беременности	4	2	2	Зачет
7.1.	Ранние токсикозы беременных	2	1	1	
7.2.	Гестозы. Препараты. Экзампны.	2	1	1	
8	Раздел 8. Эндокринология и акушерстве и гинекологии	8	7	1	Зачет
8.1	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы и ее развитие.	2	1	1	
8.2	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы	1	1	-	

8.3	Репродуктивное функционирование в подростковом возрасте.	менструальной	1	1	-	
8.4	Репродуктивное функционирование в подростковом возрасте.	менструальной репродуктивной	1	1	-	
8.5	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: транзиторный дисгидротический синдром.	1	1	-		
8.6	Нейроэндокринные гинекологические гиперандрогения.	1	1	-		
8.7	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: климактерический синдром.	1	1	-		
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септические инфекции в акушерстве и гинекологии	8	4	4	Зачет	
9.1	Септические заболевания в акушерстве	2	1	1		
9.2	Воспалительные заболевания половых органов (неспецифические).	2	1	1		

9.3	Септические воспалительные заболевания в гинекологии	2	1	1		
9.4	Лактационные маститы	2	1	1		
10	Раздел 10. Новообразования женских половых органов и молочных желез.	14	7	7	Зачет	
10.1	Профилактика развития опухолей репродуктивной системы	4	2	2		
10.2	Доброкачественные и пограничные опухоли.	4	2	2		
10.3	Злокачественные опухоли	4	2	2		
10.4	Дистормональные заболевания молочных желез	2	1	1		
11	Раздел 11. Острый живот в гинекологии	6	3	3	Зачет	
11.1	Острый живот при кровотечениях в брюшную полость	2	1	1		
11.2	Острый живот при воспалении половых органов	2	1	1		
11.3	Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей	2	1	1		
12	Раздел 12. Эндометриоз	3	3	-	Зачет	
12.1	Внутренний эндометриоз.	1	1	-		
12.2	Наружный эндометриоз	1	1	-		
12.3	Экстрагенитальный эндометриоз	1	1	-		

13	Раздел 13. Бесплодие.	4	3	1	Зачет
13.1	Эндокринное бесплодие.	2	1	1	
13.2	Трубный фактор в бесплодии	1	1	-	
13.3	Маточный фактор в бесплодии	1	1	-	
14	Раздел 14. Оперативная гинекология	12	7	5	Зачет
14.1	Предоперационная подготовка	1	1	-	
14.2	Операции на матке	4	2	2	
14.3	Операции на придатках матки	4	2	2	
14.4	Методы оперативного лечения при ретродиссеминах, ощущениях стенок влагалища, выпадении матки	2	1	1	
14.5	Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном периоде	1	1	-	
15	Раздел 15 Травматизм в акушерстве и гинекологии	3	2	1	Зачет
15.1	Травматизм в акушерстве	3	2	1	
16	Раздел 16 Antenatalная охрана здоровья плода и перинатальная патология	10	5	5	Зачет
16.1	Antenatalная охрана здоровья плода и иммунологические взаимоотношения матери и плода	2	1	1	

16.2	Несовпадение беременности.	2	1	1	
16.3	Несовпадение беременности. Антифосфолипидный синдром.	2	1	1	
16.4	Гипоксия и отставание внутриутробного развития плода	2	1	1	
16.5	Реанимация, интенсивная терапия новорожденных	2	1	1	
17	Раздел 17. Избранные вопросы смежных дисциплин	8	4	4	Зачет
17.1	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона.	2	1	1	
17.2	Туберкулез	2	1	1	
17.3	Система обязательного добровольного страхования и здравоохранения	2	1	1	
17.4	ВИЧ инфицирование и СПИД	2	1	1	
18	Раздел 18. Планирование семьи и контрацепция	5	5	-	Зачет
18.1	Профилактика нежелательной беременности. Виды аборт. Преимущества межкампитозного аборта. Профилактика осложнений.	1	1	-	
18.2	Гормональная контрацепция	1	1	-	
18.3	Внутриутробная контрацепция	1	1	-	
18.4	Барьерные и прочие методы контрацепции. Стерилизация	1	1	-	

18.5	Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией.	1	1	-	
19	Итоговая аттестация	5	-	5	Выход. тестовый контроль, итоговая аттестация
20	Всего	144	85	59	

Календарный график

[illegible]

Ответ: г
014. После обучения взрослых людей наибольшее количество ошибок вычислений совершается
а) при умножении десятичных дробей
б) при делении
в) при сложении
г) при вычитании

Ответ: б
015. Единица измерения длины
а) Грей
б) Зиверт
в) Рентген
г) Кюри
д) Бэр

Ответ: в
016. Лимфоциты, выходящие из костного мозга в течение первых суток, относятся
а) к лейкоцитам
б) к эритроцитам
в) к тромбоцитам
г) к нейтрофилам
д) к базофилам

017. Мероприятия, которые нужно проводить по предупреждению малярийного заражения, относятся
а) к профилактике малярии
б) к лечению малярии
в) к диагностике малярии
г) к профилактике малярии
д) к лечению малярии

018. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет
а) несколько десятков
б) несколько сотен
в) несколько тысяч
г) несколько миллионов

020. Ошибка, которую может совершить человек, принимая решение о приеме препарата, заключается в том, что
а) он не знает, какой препарат принимать
б) он не знает, какой препарат принимать
в) он не знает, какой препарат принимать
г) он не знает, какой препарат принимать

021. Мероприятия по оказанию первой помощи при ожогах
а) направлены на устранение боли
б) направлены на устранение боли
в) направлены на устранение боли
г) направлены на устранение боли

022. Состояние, возникающее при ожогах, называется
а) ожогом
б) ожогом
в) ожогом
г) ожогом

023. Инфекционные заболевания у больных острой лучевой болезнью возникают при нарушении
а) иммунитета
б) иммунитета
в) иммунитета
г) иммунитета

024. Количество лейкоцитов при лейкоцитозе
а) превышает норму
б) превышает норму
в) превышает норму
г) превышает норму

025. Число случаев острейшей лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности в летний период составляет
а) около 100 тыс. в год
б) около 100 тыс. в год
в) около 100 тыс. в год
г) около 100 тыс. в год

026. Штатная численность персонала на объекте, занимающемся
а) производством
б) производством
в) производством
г) производством

027. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

028. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

029. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

030. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

031. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

032. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

033. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

034. Причиной болезни по малярийным паразитам является малярийный плазмодий, передающийся
а) от человека к человеку
б) от человека к животному
в) от животного к человеку
г) от животного к животному

- в) с широким межзубным узлом
- г) с увеличением минимального межзубного зазора в малом кругу
- д) не с чем из перечисленного

Ответ: а

013. Колесная кривая при проектировании отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлена

- а) разницей отстоявшейся поверхности плиты
- б) расположением системы гребней
- в) толщиной фанеры подстила
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

016. Колесная кривая при проектировании плиты обычно имеет

- а) от ступенчатой
- б) от ломаной
- в) от криволинейной
- г) от ступенчатой
- д) прямую

Ответ: а

017. Плоская отстойка плиты значительно чаще размещается у буровых

- а) с малой шириной
- б) с малой высотой
- в) с вертикальной
- г) с горизонтальной
- д) прямолинейной

Ответ: в

018. Предлагая плиты, часто отсутствуют

- а) системы проектирования плиты
- б) системы проектирования плиты
- в) системы проектирования плиты
- г) системы проектирования плиты
- д) все перечисленное

Ответ: а

019. Характерной особенностью проектирования при проектировании плиты является

- а) наличие, не наличие
- б) наличие, не наличие
- в) наличие, не наличие
- г) наличие, не наличие
- д) все перечисленное

Ответ: а

020. Проектирование плиты, чаще всего проектируют

- а) при проектировании плиты
- б) при проектировании плиты
- в) при проектировании плиты
- г) при проектировании плиты
- д) при проектировании плиты

Ответ: а

021. Основным принципом проектирования отстойки нормально расположенной плиты является

- а) быстрое проектирование
- б) в проектировании
- в) в проектировании
- г) в проектировании
- д) не с чем из перечисленного

Ответ: г

042. Если проектирование проектирования отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: г

043. Если проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

044. Если проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

045. При проектировании отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

046. При проектировании отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

047. Проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

048. При проектировании отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

049. Проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

050. Проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

051. Проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

052. Проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: г

053. Проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

Ответ: а

054. Проектирование отстойки нормально расположенной плиты, как правило, обусловлено

- а) расположением
- б) расположением
- в) расположением
- г) расположением
- д) расположением

- б) количество и качество продукции
а) количество и качество сырья и материалов
в) все перечисленное
д) качество и количество продукции

Comment: 1

only. The internal feedback circuit operates

- а) незначительное падение и малая
б) значительное падение и малая
в) незначительное падение и малая
г) незначительное падение и малая
д) незначительное падение и малая

Quinn, J. 1997. *Quinn's*

Отвечая на вопрос о том, как можно расположить пластины по вертикали (только малое количество пластины, как правило, 0,14), при малом расхождении пластины по вертикали (только малое количество пластины, как правило, 0,14).

- [illegible]

1

[illegible]

- создание
- уничтожение
- взрывчатка
- взрывчатка
- взрывчатка
- взрывчатка
- взрывчатка

Quinn

Order: 8

- а) стеклоплатины
б) токоподатели
в) интегральные
г) соединительные проволочки
д) многоэлектронные лампы

Answer: 1

5. The Commission is not aware of any other information that would indicate that the Commission's findings are not representative of the general public.

- а) с началом работы двигателя
б) при беременности 38 недель
в) при беременности 40 недель
г) спустя 10 часов после родов

Cover

Ques: 9

- а) при сильном окислении
- б) при окислении в кислой среде
- в) при окислении в щелочной среде
- г) при окислении в нейтральной среде
- д) при окислении в кислой среде

1

Учитель: А
ММ. Сможете ли вы сами написать письмо, используя все, что вы узнали в ответе?

2. Якобсоне тестов математический анализ

Cover 11

661. Коммунальные предприятия являются субъектами хозяйствования в сфере, в котором, согласно Закону о

- 1) для динамики бурности не имеет значения
- 2) для динамики бурности не имеет значения
- 3) для динамики бурности не имеет значения
- 4) для оценки развития бурности во II триместре
- а) параметры 1, 2, 3
- б) параметры 1, 2
- в) все открытые параметры
- г) параметры только 4
- д) все открытые параметры

Overview:

067. *Exorista bombycivora* and *Exorista obliqua* (Diptera: Tephritidae)

- 2) измерение базальной температуры
- 3) кольпоскопия
- 4) биопсия эндометрия
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2

9. *Ornithoglossum* (L.)
Ornithoglossum (L.)

Chen et al.

Questi 6

- 1) степень иризации слоя гидроочистки
- 2) уровень содержания азота
- 3) уровень содержания кислорода
- 4) температурного режима (°C)
- а) параметры 1, 2, 3
- б) параметры 1, 2
- в) все отходы гидротехники
- г) параметры только 4
- д) все отходы гидротехники

Over the

© 2005 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 257: 101–108

- а) нулевой; б) положительный; в) отрицательный; г) неопределенный
- 2) составитель заявления в ИФНС по месту жительства
- 3) срок исчисления от даты возникновения задолженности
- 4) налоговый орган по месту возникновения задолженности
- а) пункты 1, 2, 3
- б) пункты 1, 2
- в) все пункты правильны
- г) правильно только 4
- д) все пункты неправильны

Over

Other: 6
All members receive the personal and confidential information

- [illegible]

10

Order: 8

- Дополнительно в результате исследования в 1996 году были выявлены следующие факторы:

1

Стат.: 8
 (a7). Бесструктурный тест выявляет целенаправленно проматывать, формируя группу риска по развитию хронической патологии сердца и легких. Большинство

- 1) 36-38 недель
- 2) 33-34 недели
- 3) 26-28 недель
- 4) 20-22 недели
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильные
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Con-

Quant. 8
608. Plasmidom as recombinační vektor

- 1) подписание ДМТ ГИТсрокослуживым на рабочем месте
2) подписание на рабочем месте
3) наличие инвентаризационной документации
4) подписание на инвентаризационной документации
5) подписание на рабочем месте
6) правильно 1, 2, 3
7) правильно 1, 2
8) все ответы правильны
9) правильно только 4

- г) верно 4
д) ничего из перечисленного
- Ответ: б
121. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины
- а) с острым воспалением придатков матки
б) с воспалением придатков матки
в) с воспалением придатков матки
г) с воспалением придатков матки
д) с воспалением придатков матки
- Ответ: г
122. Приемы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются
- а) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
б) в применении антибиотиков на ранней стадии
в) в применении антибиотиков с учетом тяжести заболевания
г) в применении антибиотиков с учетом тяжести заболевания
д) в применении антибиотиков с учетом тяжести заболевания
- Ответ: г
123. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена
- а) золотистым стафилококком
б) грамотрицательной флорой
в) энтерококком
г) ассоциацией микроорганизмов
д) всеми из перечисленного
- Ответ: г
124. Диагностический критерий подострой эндометрита после родов
- а) температура тела равна 38°C и выше
б) температура до 100 ударов в минуту
в) лейкоцитоз крови на 5-6 суток после родов
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
- Ответ: в
125. В полости матки инфекция чаще всего проникает через периматерный канал
- а) с помощью тучных
б) с помощью тучных
в) с помощью тучных
г) с помощью тучных
д) с помощью тучных
- Ответ: г
126. Для инструментального диагноза при хроническом эндометрите используют
- а) амниоскопию
б) лапароскопию
в) лапароскопию
г) лапароскопию
д) лапароскопию
- Ответ: г
127. Клинические симптомы, которые всегда присутствуют при хроническом эндометрите
- а) боли
б) боли
в) боли
г) боли
д) боли
- Ответ: а
128. Бактерициды наиболее чувствительны к действию
- а) эритромицина
б) линколина
в) тетрациклина
г) ванкомицина
д) ванкомицина
- Ответ: а
129. Условно, способствующие развитию послеродовых заболеваний
- а) лейкоцитоз
б) лейкоцитоз
в) лейкоцитоз
г) лейкоцитоз
д) лейкоцитоз
- Ответ: г
130. К группе риска по развитию послеродовых заболеваний относятся
- а) женщины с воспалением придатков матки
б) женщины с воспалением придатков матки
в) женщины с воспалением придатков матки
г) женщины с воспалением придатков матки
д) женщины с воспалением придатков матки

- г) верно 4
д) ничего из перечисленного
- Ответ: в
113. К признакам тяжелой формы послеродового кровотечения, как правило,
- а) наличие кровяных сгустков в крови
б) наличие кровяных сгустков в крови
в) наличие кровяных сгустков в крови
г) наличие кровяных сгустков в крови
д) наличие кровяных сгустков в крови
- Ответ: в
114. Число инфузий при тяжелой форме послеродового кровотечения
- а) 1-2
б) 1-2
в) 1-2
г) 1-2
д) 1-2
- Ответ: в
115. Риск у беременных в I триместре беременности может считаться повышенным раннего течения в том случае, если
- а) не выявлено никаких признаков
б) не выявлено никаких признаков
в) не выявлено никаких признаков
г) не выявлено никаких признаков
д) не выявлено никаких признаков
- Ответ: а
116. Риск беременности – это патологическое состояние, при котором имеется
- а) нарушение функциональных регуляторных систем организма
б) нарушение функциональных регуляторных систем организма
в) нарушение функциональных регуляторных систем организма
г) нарушение функциональных регуляторных систем организма
д) нарушение функциональных регуляторных систем организма
- Ответ: а
117. Риск беременности как повышенный раннего течения чаще всего развивается у женщин
- а) молодого возраста
б) молодого возраста
в) молодого возраста
г) молодого возраста
д) молодого возраста
- Ответ: г
118. Для ранней беременности легкой степени наиболее характерно
- а) частота родов от 6 до 10 раз в сутки
б) частота родов от 6 до 10 раз в сутки
в) частота родов от 6 до 10 раз в сутки
г) частота родов от 6 до 10 раз в сутки
д) частота родов от 6 до 10 раз в сутки
- Ответ: а
119. Для тяжелой беременности с ранним течением (ранней беременности) характерно, как правило, все перечисленное, кроме
- а) лейкоцитоз
б) лейкоцитоз
в) лейкоцитоз
г) лейкоцитоз
д) лейкоцитоз
- Ответ: в
120. У беременных с тяжелой формой раннего течения (ранней беременности) повышенным лейкоцитозом
- а) лейкоцитоз
б) лейкоцитоз
в) лейкоцитоз
г) лейкоцитоз
д) лейкоцитоз

- а) наличие посереженного эндометрия
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

Ответ: г

131. При посереждении матки чаще бывает поражение
а) эндометрия
б) у левосторонней
в) правосторонней
г) маточно-яичникового
д) ничего из перечисленного

Ответ: д

132. Дискризия паренхимы яича у больных с гипотиреозом
а) не встречается
б) не встречается
в) встречается
г) встречается
д) встречается

Ответ: в

133. При приеме синтетической прогестамина у больных с криминальным сквамозом эндометрия
а) риск развития рака эндометрия 0,3% и 2,3%
б) риск развития рака эндометрия 0,3% и 2,3%
в) риск развития рака эндометрия 0,3% и 2,3%
г) риск развития рака эндометрия 0,3% и 2,3%
д) риск развития рака эндометрия 0,3% и 2,3%

Ответ: д

134. Дискризия эндометрия эндометрия
а) встречается
б) встречается
в) встречается
г) встречается
д) встречается

Ответ: д

135. Для лечения эндометриоза у беременных применяют
а) метотрексат
б) метотрексат
в) метотрексат
г) метотрексат
д) метотрексат

Ответ: г

136. Лечение эндометриоза у беременных следует проводить
а) в 1 триместре беременности
б) во 2 триместре беременности
в) в 3 триместре беременности
г) в 4 триместре беременности
д) в 5 триместре беременности

Ответ: д

137. Особенности клинического течения гиперплазии эндометрия
а) как правило, отмечается сочетание с гиперплазией эндометрия
б) темп роста, как правило, ускоренный
в) метастазирование метастазирование
г) метастазирование метастазирование
д) метастазирование метастазирование

Ответ: г

138. Ткань эндометрия эндометрия эндометрия эндометрия
а) не содержит эндометрия эндометрия эндометрия эндометрия
б) не содержит эндометрия эндометрия эндометрия эндометрия
в) не содержит эндометрия эндометрия эндометрия эндометрия
г) не содержит эндометрия эндометрия эндометрия эндометрия
д) не содержит эндометрия эндометрия эндометрия эндометрия

Ответ: д

139. Атипичный эндометриоз чаще всего возникает после
а) родов
б) родов
в) родов
г) родов
д) родов

Ответ: в

140. Факторы риска развития эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

- а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

Ответ: д

141. Типичный путь передачи инфекции эндометриоза
а) для эндометриоза
б) для эндометриоза
в) для эндометриоза
г) для эндометриоза
д) для эндометриоза

Ответ: г

142. В маточной трубе эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

Ответ: д

143. Эндометриоз эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

Ответ: д

144. При обострении эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) боли внизу живота и в области таза
б) боли внизу живота и в области таза
в) боли внизу живота и в области таза
г) боли внизу живота и в области таза
д) боли внизу живота и в области таза

Ответ: г

145. Наиболее частый путь распространения инфекции при эндометриозе эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

Ответ: г

146. Клинические признаки острого эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) температура тела 38-39°C
б) боли в нижней части живота и в области таза
в) боли в нижней части живота и в области таза
г) боли в нижней части живота и в области таза
д) боли в нижней части живота и в области таза

Ответ: в

147. Специфические признаки острого эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

Ответ: г

148. Трудности в лечении эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

Ответ: д

149. Источником инфекции при эндометриозе эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

Ответ: д

150. Факторы риска развития эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
а) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
б) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
в) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
г) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза
д) эндометриоза эндометриоза эндометриоза эндометриоза

150. К численным формам глобального лактационного некта относятся все перечисленные, кроме

- а) фурункула соска
- б) инфантильного некта
- в) абсолютной формы
- г) абсолютной в толще молочной железы
- д) ретроамамарного абсцесса

Ответ: б

151. Некула - это анболюзный герпес, осложняющийся

- а) угриками сосков
- б) баланопоститом
- в) герпесом А) и б)
- д) везикулопуллулозу

Ответ: а

152. Фигурки, возникающие при развитии сахарного диабета, - это

- а) абсолютная подпуповидная везикула
- б) абсолютная лунная желтая курутоусой сфероса
- в) нарушение развития в соскулу
- г) гипогликемическая обрубкованная пуповина
- д) все перечисленное

Ответ: а

153. Сахарный диабет - это заболевание, в основе которого лежит

- а) абсолютная недостаточность инсулина в организме
- б) относительная недостаточность инсулина в организме
- в) нарушение объема клеток
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: а

154. Основными симптомами сахарного диабета являются

- а) жажда
- б) сухость во рту
- в) кожный зуд
- г) полиурия
- д) все перечисленное

Ответ: а

155. Для диагностики сахарного диабета в дооперационном периоде исследования являются информативными

- а) содержание глюкозы в крови и в моче
- б) содержание кетоновых тел в моче
- в) содержание мочевой кислоты в моче
- г) процентное соотношение сахара в моче
- д) всего перечисленного

Ответ: а

156. Соотношение глюкозы в крови и мочи наиболее при применении глюко-глюкозаминового метода составляет

- а) в пределах 60-100 мг% (3,3-5,5 ммоль/л)
- б) не превышает 120 мг% (6,6 ммоль/л)
- в) не превышает 140 мг% (7,7 ммоль/л)
- г) не превышает 220 мг% (12,21 ммоль/л)
- д) правильно а) и б)

Ответ: а

157. Соотношение глюкозы в крови и мочи в норме (по методу Хаскисона - Бенсона) составляет

- а) в пределах 80-120 мг% (4,4-6,6 ммоль/л)
- б) не превышает 140 мг% (7,7 ммоль/л)
- в) не превышает 220 мг% (12,21 ммоль/л)
- г) правильно а) и б)

Ответ: а

158. Тест с нагрузкой указывает на наличие сахарного диабета в том случае, если через 2 ч после нагрузки глюкоза (по методу Хаскисона - Бенсона) превышает

- а) 5 ммоль/л
- б) 5,11 ммоль/л
- в) 7,22 ммоль/л
- г) 8,33 ммоль/л
- д) 9,44 ммоль/л

Ответ: а

159. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения

- а) поздний токсикоз
- б) гипоксия плода
- в) активная хроническая инфекция в мочевыводящих путях
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: а

160. Для легкой степени тяжести сахарного диабета характерно следующее

- а) уровень глюкозы натощак больше 12,21 ммоль/л (1,48 мг%), но не превышает 12,21 ммоль/л (220 мг%)
- б) уровень глюкозы натощак больше 12,21 ммоль/л (220 мг%)
- в) для достижения нормального количества сахара в крови требуется инсулин или другие сахароснижающие препараты
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

161. К показателям, указывающим на среднюю тяжесть сахарного диабета, относятся все перечисленные, кроме

- а) уровня глюкозы натощак больше 7,7 ммоль/л (1,40 мг%), но не превышает 12,21 ммоль/л (220 мг%)
- б) для достижения нормального количества сахара в крови требуется инсулин или другие сахароснижающие препараты
- в) для достижения нормального количества сахара в крови требуется инсулин или другие сахароснижающие препараты
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: г

162. Показатели, свидетельствующие о тяжелой степени формы сахарного диабета

- а) уровень глюкозы натощак больше 12,21 ммоль/л (220 мг%)
- б) для достижения нормального количества сахара в крови требуется инсулин или другие сахароснижающие препараты
- в) для достижения нормального количества сахара в крови требуется инсулин или другие сахароснижающие препараты
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: а

163. Развитие беременности при сахарном диабете не организовано заключается

- а) в снижении толерантности к глюкозе
- б) в снижении чувствительности к инсулину
- в) в усилении расхода инсулина
- г) в усилении продуцирования в крови свободных жирных кислот
- д) во всем перечисленном

Ответ: а

164. Транзиторный сахарный диабет у беременных характеризуется следующим

- а) нарушением толерантности к глюкозе впервые проявляется во время беременности
- б) при развитии диабета исчезает после родов
- в) возможно абсолютное развитие при поздней беременности
- г) всем перечисленным
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

165. Основными осложнениями, представляющими опасность гипергликемический диабетический кома, являются

- а) гипоксия, рвота
- б) повышение уровня сахара в моче
- в) потеря аппетита, сонливость и др.
- г) всем перечисленным
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

166. Причиной гипогликемической комы является

- а) бесконтрольное, длительное использование
- б) чрезмерная доза
- в) голод
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: а

167. Для гипергликемической (диабетической) комы характерно следующее

- а) полиурия
- б) полидипсия
- в) снижение уровня глюкозы в крови
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: а

168. Симптомами, характерными для гипогликемической комы, являются

- а) профузный пот
- б) снижение и тошнотозная рвота
- в) повышение уровня глюкозы в крови
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: а

169. Основными причинами, характерными для диабетической фетопатии, являются

- а) большая масса тела при рождении
- б) преждевременное развитие плацентарной системы
- в) морфологические изменения плода
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: а

Ситуационные задачи

Задача №1.

Большая Х. 25 лет (27.04.1977г.)

Жалобы: обратилась по поводу возможности наступления беременности.

Анамнез жизни: 25 лет, вес – 48,5кг (срочных) доношенных ребенком. Вес при рождении – 3500г, рост – 50см., окружность головы – 36см, окружность груди – 35см.

Условия жизни по словам, удовлетворительным, с 6 мес. ребенок находится в детских яслях.

Репродуктивный анамнез: время появления ВПП не помнит, менструации с 12 лет, устанавливались через 1 год, через 30 дней, по 7 – 8 дней, затем кровоснабжение до 14 дней менструального цикла, длительные, безболезненные, регулярные. Б – 0. Половая жизнь с 15 лет, в течение жизни было 10 половых партнеров, от беременности не предохранялась.

Из гинекологических заболеваний отмечает: абсцесс – левый подвздошной области, фурункулез волосистой части головы в возрасте 2-х недель, катаральный отит, частые ОРЗ, острый бронхит, ветряная оспа, паротит, гипертрофический аппендицит осложнявшийся перфорацией – в III триместре, острый цистит, калькулезный холецистит.

Из гинекологических заболеваний отмечает: хроническое воспаление левого яичника. Спаечный процесс в малом тазу, вследствие перенесенной в X – 89 года операции по поводу: Пневмоуруса справа, фибринозно – гнойный пельвиоперитонит; объем операции: Лапаротомия, удаление правого яичника, цистостомия, дренирование брюшной полости; осложнения: Натяжение послеродовой раны. Эсентриция кишечника, результаты: гистология № 1664 от 16/X – 89г. – Пневмоурус. Множественные фолликулярные кисты. Синдром Штейна – Левенталя.

Проведенное обследование:

1) УЗИ органов малого таза: Матка среднорасположена, плотная неоднородная, размеры 49 - 30 - 36 мм, эндометрий – 7мм, правый яичник не визуализируется, левый яичник – 32 - 20мм, с мелкими жидкостными включениями до 3мм, строма уплотнена. У медиального края левого яичника жидкостное образование 23 - 27 - 34мм с ровными контурами, идущее за матку.

2) УЗИ ЖКТ: Желчекаменная болезнь.

3) РЭГ: Сосудистый тонус без выраженных изменений.

4) ЭЭГ: Биологическая активность головного мозга без существенной патологии. Паракортикальная очаговитость и энцефалопатический ритм.

5) Рг –графия черепа: Форма и размеры черепа обычные. Кости свода не изменены, четкие. Рис. Пальцевых фаланг и в сосудах ртутного изгиба без особенностей. Форма турского свода – закрыта (вариант нормы).

6) Рг –графия брюшной полости без патологии.

Консультация окулиста: поля зрения в пределах нормы. На глазном дне – диски розовые. Ход и калибр сосудов не изменены.

Проведенное лечение: рассасывающая терапия, витаминотерапия, физиолечение, сан – курортное лечение – неопознано.

Семейный анамнез: Возраст матери при рождении ребенка – 27 лет, отец – 36 лет. Оба работают на судостроительном заводе, мать – по специальности – инженер – конструктор. Во время беременности мать перенесла: ОРЗ, ангины, грипп, хронический эндометрит. Бабушка болела туберкулезом.

Вредные привычки отрицает.

Менструальная функция матери – нет данных. У сестры – менструация с 12 лет, регулярная, длительная, умеренная, безболезненная. У матери – 6 беременностей, 2 родов (оба ребенка живы), 4 искусственных аборта.

Беременность и роды в обоих случаях протекали без особенностей. Осложнения, гестозы, порывающие отсутствуют.

Общий осмотр:

Рост – 162см, вес – 48,5кг, окружность груди – 70см, ширина плеч – 35см, ширина таза – 30см, длина ног – 84см.

Морфология: Задерка костного развития. Телосложение ближе к астеническому. Кожа покрыта физиологической окраской, тургор кожи сохранен, оволосение по женскому типу. Питание, стран, тематомы не обнаружены.

$ИМТ = \frac{48,5}{(1,62)^2} = 18,8 \pm 19$ – индекс массы тела в пределах нормы.

Половая формула:

$Ma + P + Ax + Me = 1,2 \times 4 + 0,3 \times 3 + 0,4 \times 3 + 2,1 \times 3 + 4,8 + 0,9 + 1,2 + 6,3 = 13,2$ – соответствует нормальному половому развитию.

Гипертоническое – 3 балла, гормональное число – 1 бал.

Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы развиты нормально. Уретра и бартолиновые железы без особенностей. Влагалище узкое. Слизистая влагалища физиологической окраски. Выделения умеренные молочного цвета, без запаха. Шейка матки чистая. Матка в антефлексию, небольшая, ограничена в подвижности, плотная, безболезненная. Справа от матки – спайки, слева – придатки не определяются, свод свободен. Кожа и лимфоузлы без особенностей.

Проведенное обследование:

1) Полный анализ крови – в пределах нормы.

2) Мазок на б/с от 14.11.02 – лейко – 10 – 15, эритро – 8, флора – кокк, обильная, trich – не обнаружены, gp – не обнаружен.

3) ПИФФ мазок на хламидии – не найдены от 3.11.02.

4) ПИФФ мазка на микоплазмы – получен рост уреаплазм в титре $< 10^4$ от 4.12.02.

5) УЗИ от 27.11.02. (9 день м.п.) Матка грушевидная, не увеличена. Маточный андроксизм. Эндометрий б/м, пролиферативный. Левый яичник подвигнут к матке, $V = 15cm^3$, со множественными жидкостными включениями 6 – 8 – 13мм. Правый яичник не визуализируется. Справа от матки спайки, петли.

6) УЗИ кишечника с палочкой между и вокруг них свободной жидкости (объем измеренно не поддается). ВПМП – около 5мм свободной жидкости. Заключение: признаки спаечного процесса в малом тазу. Кистозно-интенсивный левый яичник. Свободная жидкость в ПМП.

Вопросы:

1. Дальнейшая тактика.
2. Оценить врачебную тактику до момента обращения больной.

Задача №2.

Большая Т. 1.09.1968г.

Жалобы: на отсутствие менструации в течение 10лет и решения вопроса о беременности. **Из анамнеза:** Женщина 4-й ребенок в семье, как протекала беременность и роды у мамы не знает. Чем болела мама и папа не знает. Мама умерла в возрасте 60лет – заболевание легких. Старшие сестры здоровы.

Возраст 34 года, рост 150см, вес – 40кг. Условия жизни, бытовые условия, питание удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: фолликулярная ангина, отрубевчатый лишай, абсцесс правого бедра, остеомиелит поясничного отдела позвоночника, хроническая 2-х нефросекторная тугоухость, миокардит, кардиосклероз.

Менструация с 14,5 лет, или по 3 дня, умеренные, не регулярные, с задержками на 2 и более месяцев, безболезненные. С 24 лет менструации отсутствуют. Половая жизнь с 20 лет в браке. Конtraceпция не пользовалась. Отмечает задержку роста с 11 лет.

Общий осмотр: Рост – 150см, вес – 40кг, округлость груди – 68см, ширина плеч – 35см, ширина таза – 27см, длина ног – 72см.

Кожные покровы чистые, влажные, п/кожный слой развит слабо выражен.

Вторичные половые признаки:

Ма $1,2 \times P_2 \times 0,3 + A_2 \times 0,4 + Me \times 2,1$

И $2 \times 1,2 + 2 \times 0,3 + 2 \times 0,4 + 0 \times 2,1 = 3,01$

Зад – 8А полового развития.

Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое. Шейка матки атрофична, выделения слизистые. Матка маленькая, отклонена влево, безболезненная. Признаки с обеих сторон не определяются. Оволосение на лобке скудное. Клатор обильной величины.

Проведенное обследование:

УЗИ от 5.09.03 Матка $4,0 \times 1,6 \times 2,9$ см, структура миометрия однородная, эндометрий в виде светлой, нечеткой полоски, толщина 0,1см. Правый яичник $2,0 \times 1,0$ см, левый – $2,1 \times 1,0$ см.

Заключение: Гипоплазия гениталий II – III степени.

Консультация эндокринолога: Заключение: симптом Шерешевского – Тернера.

Консультация гинеколога в 1991г. Заключение: Симптом Шерешевского – Тернера.

Картина в амбулаторной карте не указана (возможна 45 XO/46 XO).

Окулист: VOD 0,7 VOS 0,5. Заключение: миопия слабой степени.

Кровь на гормоны не сдавала.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. Этиология.

3. Временная тактика.

4. Прогноз репродуктивной функции.

Задача №3.

Белая Л., 20 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие первой менструации, живет половой жизнью около 1 года, не предохранялась, не беременела.

Анамнез жизни: Родилась от 1 беременности, 1 родов, в срок. И развивалась соответственно возрасту.

Общий анамнез: ОРВИ редко, хронический гастродуоденит, ДЖВП, нарушения осанки, мигрени, врожденная туберкулезная пробка – проф. лечение в санатории Юсха. Вен. заболевания, операции, гемотрансфузия, аллергия отрицает. Наследственность не отмечена.

Гинекологический анамнез: 1 анамнез.

Менархе не было. Секреторная функция – гипосекретия. Половая жизнь с 19 лет, с 1 партнером, по типу завулгарии. Функция соседних органов в норме.

Обнаружено: Состояние удовлетворительное. Сопитие ясное. Положение активное. Телосложение астеническое. Питание умеренное. Рост 174см, вес 64,5см, ИМТ – 20,1.

Оволосение по женскому типу. В подмышечной впадине рост длинных волос, на лобке единичные длинные волосы. Молочные железы конической формы, пигментация околососковых областей снижена, соски атрофичны. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 72 уд./в мин., ритмичный, АД 90/60мм рт.ст., температура 36,6. Желудок мягкий, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Селезенка отрицательная.

Внешнее обследование: Наружные половые органы развиты по женскому типу, развиты правильно. Уретра без особенностей. Шейка матки коническая, маленькая, чистая, хв закрыт. Матка маленькая, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются.

Дополнительные методы исследования:

УЗИ – матка $2,0 \times 1,2 \times 2,0$ см, эндометрий не изменен, расположен обычно. Эндометрий не определяется. Левый яичник $1,3 \times 0,8$ см, объем $0,43\text{см}^3$, правый яичник $1,6 \times 0,8$ см, объем $0,56\text{см}^3$.

Заключение: выраженная гипоплазия гениталий (III ст.).

УЗИ щитовидной железы – без патологии.

МРТ головного мозга в шейного отдела позвоночника – снижена высота дисков C4-6.

Заключение: начальные признаки остеопороза.

Р – графия черепа. Заключение: Косвенные признаки внутримозговой гипертензии.

Гипоталамический синдром. Остеопороз.

РЭГ – гипертонический тип. РЭГ с недостаточным полушарным и базиллярной системы.

ЭХО ЭГ – смешанная м – ЭХО вет.

Консультация специалистов, заключения:

Окулист – миопические изменения.

Генетик – карикотип 46XX. Данных за хромосомную патологию не обнаружено.

Фтизиатр – задержка полового развития. Гипоплазия гениталий III степени. Анамнез I.

Гиперреакция Матри.

Лабораторные исследования.

TSM – $1,246 (N 0,2 - 3,2)$

ЛГ – $0,11 (N 0,48 - 17,4)$

ФСГ – $0,20 (N 2 - 12)$

Па – $168 (N 61 - 512)$

Ев – $11,48 (N 20 - 172)$

Прогестерон $0,35 (N 0,2 - 20,3)$

Тестостерон $0,18 (N 0,04 - 0,66)$

Вопросы:

1. Уровень поражения репродуктивной системы.

2. Диагноз.

3. Тактика ведения.

4. Лечение.

Задача №4.

Пациентка Х., 19 лет, студентка III курса УДГУ. Жалобы на отсутствие регулярных менструаций.

Детский анамнез: девочка родилась от первой беременности, возраст матери 23года. Профессиональной вредности нет. В течение всей беременности у матери сохранялась тошнота и рвота. Роды срочные, нормальные весом 3900. Менструальная функция у мамы не нарушена, беременность одна, пользовалась контрацепцией. Девочка физически и психически развивалась без отклонений. Бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания – простудные, корь. В возрасте 11 – 12 лет перенесла тяжелую форму энтероколита со стационарным лечением.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет.

Наследственность: у бабушки был сахарный диабет, отец умер 14лет назад, злоупотреблял алкоголем.

Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, по 5 дней, нерегулярные, до 7-го дня сохраняются мажущие выделения, безболезненные. Первые менструация приходила ежемесячно, но затем цикл удлинился до 40 – 45 -60 дней.

Обратилась по поводу нарушения менструального цикла полгода назад. Назначено обследование. Ведет менструации, последняя менструация началась через 3 месяца после инъекции прогестерона – с 23/IX 02г. Не лечилась. Половую жизнь не ведет.

Приведение обследования:

6/VI 02г. УЗИ гениталий: матка – положение нормальное, контуры ровные. Размеры 4,7х2,7х3,6см (< N). Эхоструктура миометрия гомогенная, эндометрий толщиной 0,4см. Правый яичник – положение типичное, размеры 3,5х1,9см, V = 7,3см³ (N). Эхоструктура – мультифокальная. Левый яичник – положение типичное. Размеры 3,6х1,9см, V = 7,7см³ (N).

Мочевой пузырь без особенностей.

Заключение: Объемных образований в малом тазу не выявлено. Гипоплазия матки II ст.

30/IX – 02г: ФСГ – 6,9 мЕд/мл
ЛГ – 3,52 мЕд/мл } на 8 в день менструального цикла

13/XI – 02г: пролактин 382,0 мЕд/мл
прогестерон 5,36 мЕд/мл } на 20 в день менструального цикла

Общий осмотр: пропорциональное телосложение, удовлетворительного питания.

Рост – 153см.

Вес – 48кг.

Оружность груди – 68см. Ширина плеч – 34,5см.

Ширина бедер – 30,0см. Длина ног – 81см.

Отношение длины ног к длине тела – 53% (N).

Морфология соответствует возрасту девочки 14 лет.

НМТ – 20.

Кожные покровы чистые, фтизиатической окраски. Волосовой покров по женскому типу.

Половая формула Ах2 Мх2 Рх3 Мх2 – 8,3 – соответствует 14 годам.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, малые половые губы слегка прикрыты большими. Волосовой покров по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены, перинальная область без особенностей. Уtero.

Рt, матка маленькая, плотная безболезненная, подвижная. Яичники не пальпируются, область параметрия свободна.

Задачи:

1. Предварительный диагноз.
2. Определить уровень поражения.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечение и прогноз.

Задача №5.

Больная Ю., 15 лет. Во время профилактического медицинского осмотра отмечено отсутствие вторичных половых признаков характерных для данного возраста.

Девочка от первой беременности, первых родов, возраст родителей 28 лет, рост мамы 165см, папы 175см. Беременность осложнилась гестозом II половины беременности преэклампсией легкой степени. Роды I степени в первом виде затылочного предлежания, масса тела при рождении 3400г, рост 52см, к груди приложена через 12 часов.

Перенесенные и приходящие заболевания: ОРВИ легкое течение по 2 – 3 раза в год, инфекция мочевыводящих путей, острый катаральный отит легкое течение, острый тозиллит, острый ринит, некроз нарывчатых движений, втянутая оспа, с 28/IX – 9X 2002г. – острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести, некроз нарывчатых движений.

Рd – графия костей черепа и туловища патологии не выявлено. Костный возраст 13,5 лет.

Наружные половые органы развиты соответственно возрасту 10 – 11 лет.

Степень полового развития Ма-1, Ро Ах, Ме.

УЗИ – Матка грушевидной формы, размеры 23 – 16 – 22, шейка 21мм, угла не выражены, контур ровный, миометрий неизменен. Полость матки не деформирована. Эндометрий 3мм, катинки расположены типично объем правого 1,5мл, объем левого 2,0 мл.

Заключение: развитие гениталий соответствует 3 – 5 годам.

Масса тела – 42кг.

Рост – 162см.

Li, b, b, b – 30см (ширина таза).

Оружность груди – 70см.

Длина ног – 84см.

Консультации специалистов:

Невропатолог – органической неврологической патологии не выявлено.

Окулист – зрения слабой степени, глазное дно, поля зрения в пределах нормы.

УЗИ – щитовидной железы – структура щитовидной железы эхографически не изменена.

Скелет крови – 3,57.

Эндокринолог – эндокринной патологии не выявлено.

Заключение гинеколога: карниотип 46XX.

Вопросы:

1. Ваши предварительный диагноз
2. Каковы дальнейшие методы обследования и лечения.

Задача №6.

Больная Г., 15 лет, обратилась к гинекологу. Жалобы – отсутствие менструации.

Девочка родилась от II беременности, I родов (I беременность у мамы закончилась самопроизвольным абортom в сроке до 5 нед.). Родилась на 38-й неделе беременности, масса тела 2900г. Роста и развития нормальное, во в 11 лет – отметила отрубение голоса. При обследовании: голос грубый. Рост девочки средний – 158см, артериальное давление. На верхней губе – рост волос. Плечи широко – 38см, таз узкий – 27см (d. trochant.) молочные железы не развиты.

Наружные половые органы с явлениями маскулинизации – гипертрофия клитора, вход во влагалище маленький, расположен близко к уретре. Осволение по мужскому типу.

Рt, rectum: Матка маленькая, серая определяется опухолевидное образование 6 х 7см, чувствительное при пальпации, с неровными контурами.

УЗИ: подтверждена опухоль правых придатков.

Гормональное число – 6 баллов – легкий гипергидизм.

Оружность таза к оружности бедер 0,9.

Ма, Ах; Р; Ме.

Проконсультирована гинецином – карниотип – 46XX.

В 16 лет девочка прооперирована по поводу опухоли правых придатков.

Выявлена операция: Надвигавшаяся ампутация матки с придатками, резекция большого сальника, биопсия брюшечного лимфоузла.

Гистология опухоли: опухоль сложного гермагенного характера с элементами опухоли эндометриального типа, неклассифицируемой опухоли яичника, также и стромы, хориапонциомы.

После операции проведено 3 курса химиотерапии.

Вопросы:

1. Тактика дальнейшего ведения больной.
2. Адаптация к социальной жизни.

Задача №7.

Большая Н.П., 12 лет была направлена эндокринологом на консультацию к гинекологу по поводу отсутствия развития вторичных половых признаков и отставание в физическом развитии.

Девочка родилась от IV беременности, IV родов (в возрасте мамы 28 лет). Беременность по словам матери была без особенностей. Роды IV срочные в переднем виде затылочного предлежания. Масса тела при рождении 3350г, рост 51см. Грудное вскармливание до 4-х месяцев. **Перенесенные и прошлые заболевания:** ОРВИ, О. ринит, О. бронхит, О. ларинготрахеит, краснуха, ДЖВП. До 7 лет развивалась нормально, с 7 лет отставала в весе и росте.

До посещения гинеколога была многократно обследована эндокринологом и генетиком.

Объективно: Денситометрия, 11.01.2001г. Заключение: Костный возраст 8 лет (лабораторный 10 лет 10мес.)

Кровь на ТТГ 23.65.01г. ТТГ – 1,71 (N 0,23 – 3,0мМЕ/мл)

Обследование на ПХ 18.01.01. Заключение: ПХ – 11% - N.

Анализ толковой хроматограммы.

25.01.01.: заключение: сод-е анализа в крови и моче в пределах нормы, ЦПХ 41ед/г протеина. Биохимический скрининг мочи без особенностей.

Анализ потовой жидкости (трехкратно) Заключение: Соде хлора в потовой жидкости 55,1-47,1-52,4 (норма до 40).

9.11.01г. Генитик: для исключения муковисцидоза рекомендовано повторение потовые пробы через 2-3 месяца.

Гипофиз: При осмотре девочки обнаружено отсутствие развития вторичных половых признаков. Половая формула Мах Ахх Рхх Мах.

Возраст 12 лет 5 месяцев. Рост 136,5см, вес 30кг.

Осмотр наружных половых органов: наружные половые органы развиты по женскому типу.

Было рекомендовано:

- УЗИ органов малого таза
- Анализ мазка на мазка на гн.
- Кровь на гормоны: ЛГ, ФСГ, прогестерон.
- Рентгенограмма черепа в боковой проекции.

УЗИ органов малого таза 19.09.02г.

Матка визуализируется в виде темн. размерами 20 × 9 × 13мм. Шейка матки не дифференцирована, угол между шейкой матки и телом матки не определяется. Полость матки не визуализируется М-эхо-лет. Визуализация андексов затруднена определяется в виде двух нечетко выраженных гипоэхогенных образований размерами 13 × 9мм и 14 × 9мм. Фокальный аппарат не визуализируется. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Генитальный инфантилизм.

Мазок влагалищного содержимого 19.09.02г.

Лейкоциты 1 – 3, эритроциты 6 – 8, флора обильная, смешанная, проток комок.

Прогестерон - 4,52, ФСГ - 6,56, ЛГ - 0,91 (N).

Рентгенограмма черепа в боковой проекции 23.09.02г. Турецкое седло 10 × 7мм (N 12 × 11мм).

Заключение: Гипоплазия турецкого седла.

Вопросы:

1. Каков предвзвешенный диагноз?
2. Какие исследования еще можно провести?
3. Какой прогноз в отношении репродуктивной функции?

Задача №8.

Пациентка Бабилева Н. Г. 15 лет безработная.

Жалобы на жжение боли внизу живота, отеки на голеностопных суставах. Состоит на учете по беременности у акушера-гинеколога по месту жительства. Врача посетила два раза, не обследована.

Личный анамнез: девочка родилась от 5-ой беременности. Возраст матери 22 года. Мама не работала, была домохозяйкой. Беременность и роды у матери протекала без осложнений, вес девочки при рождении 3450г. Развивалась физически и психически без отклонений. В семье бытовые условия неблагоприятные, в семье 5-ро детей.

Перенесенные заболевания: простудные, корь, в детстве в возрасте 11 лет болела лейкопенией. С 2001 года состоит в КВД по поводу сифилиса, с учета не снята, профилактическое лечение не принимала.

Гинекологический анамнез:

Менструация с 12 лет, устанавливалась ороу, регулярные, умеренные, безболезненные. Не замужем. Половая жизнь с 12 лет, партнер 1, постоянный. Последняя менструация с 8-11/Х1 01г. Беременностей до настоящей беременности не было.

Общий анамнез: пропорциональное телосложение, удовлетворительного питания, рост 156см, вес первоначальный до беременности 52кг, в момент поступления в роддом 67кг.

Окружность груди 76см.

Ширина плеч 38,5см.

Ширина бедер 29,5см.

Длина ног 82см – 53%.

Отношение длины ног к длине тела составляет.

Морфограмма соответствует возрасту 14-15 лет.

ИМТ = 20.

Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Волосной покров по женскому типу.

Половая формула:

Мах Рхх Ахх Мхх = 11,3.

$3 \times 1,2 + 2 \times 0,3 + 2 \times 0,4 + 3 \times 2,1 = 3,6 + 0,6 + 0,8 + 6,3 = 11.$

Половая формула соответствует 14-15 годам.

Гинекологические исследования:

Наружные половые органы развиты правильно. Малые половые губы прикрыты большими. Волосной покров по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены, периниальная область без особенностей. Влагалище нежной, шейка матки чистая, наружный зев пропускает палец, выделения молочные. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Отеки на голеностопных суставах.

Заключение: Беременность 40 недель. Юная первородящая. Lues lacer.

Дополнительные методы обследования:

Анализ крови: гемоглобин 100г/л, лейкоциты 11000, СОЭ 40мм/ч

Анализ мочи: Удельный вес 1010, белок 0, лейкоциты 0-1.

Биохимический анализ: ПТИ – 100; белок 74,2; ВПЧ(-) КО (+). Матки Кх, др (-), флора кокковая обильная, лейкоцитов большое количество.

ЭКГ без патологии.

УЗИ: Беременность 40 недель. Плацента III степени зрелости. ККТ плода – начальные признаки внутриутробной гипоксии плода.

25/ III 02г. Роды срочные 1-ые в переднем виде затылочного предлежания. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Разрыв шейки матки I степени. Ребенок весом 2870г.

Продолжительность родов 8ч 30мин. I период 8ч, II период 30мин, III период 5 мин.

Выводы:

1. Сводка патологических данных.
2. Ведение родов – план.

3. Особенности течения беременности родов и послеродового периода у подростков.
4. Конtraceпция.

Задача № 9.

Пациентка С., 17 лет. Обратилась по поводу отсутствия менструации. Впервые обратилась в 15 лет с жалобами на боли.

При осмотре 2 года назад. Конституция нормостеническая. Ожирение по женскому типу, скудное. Половая формула $Mb\ Aa\ Xy\ Ma$.

Половой индекс = 3,8.

Живот мягкий. Наружные половые органы развиты правильно. Пикосые лимфоциты не увеличены. Уретра и влагалищные железы без особенностей. Гимен сохранен.

Рег гестив: Амбула правой кишки свободна. Матка $1,5 \times 1,3 \times 0,7$ см, шилкарической формы. Эндометрий не визуализируется. М-эхо отсутствует. Левый яичник $1,3 \times 0,9 \times 1,2$.

Соединительная ткань, определяются единичные преиндентальные фолликулы.

Правый яичник $1,6 \times 1,0 \times 1,3$ соединительная ткань. Фолликулярный аппарат не определяется, однородной структуры. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Было назначено обследование:

Консультация генетика: половой хроматин снижен. Кариотип 46XX. Уровень ФСГ на 7-й день = $7,1 \text{ ME/L}$. E_2 = 68 нмоль/L . ЛГ = $6,6 \text{ ME/L}$.

Были назначены циклическая витаминотерапия, ЛФК, массаж, гинецелечение, иглоакупунктура. Без эффекта.

При давом осмотре:

Статус без изменений. УЗИ соответствует первому обследованию. При распросе из анамнеза ребенок от третьей беременности. Первые две закончились самопроизвольными выкидышами. Беременность протекала с угрозой прерывания. Во II триместре тяжелый гестоз. Роды *per viam naturalis* в первом виде тазового предлежания.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какие еще методы исследования можно провести.

3. Лечение.

4. Прогноз репродуктивного здоровья.

Задача №10.

Больная В. 16 лет обратилась на консультацию к гинекологу по поводу отсутствия вторичных половых признаков, а так же увеличения живота в течение 6 месяцев.

Из анамнеза: Роделась от 6 беременности, III родов в возрасте матери 34г. Имеет двоих братьев – безосбенностей. На ранних сроках ОРЗ с высокой температурой. В срок – 3

родов, аборт – 3, детей – 3. Роды 3, в первом виде тазового предлежания, масса 3700, во II триместре 7-8 баллов. Ребенок крупный, рысый, короткая шея, рефлексы живые. На

грудном вскармливании до 1 года. Профессия матери – маляр. Профессия отца – токарь.

Первичные заболевания: частые ОРЗ, ангина, ветряная оспа, частые пиелиты, хронический гастрит, ДЖВП, жировой гепатоз, гипоплазия обеих почек.

Объективно: Девочка гипостенического типа, телосложение. Рост 160см, вес 84кг.

Низкий рост волос, лунообразное лицо, короткая шея. Кисти маленькие, коротко пальцы.

Передняя брюшная стенка значительно увеличена. Наблюдается стрия на ПБС, на бедрах, на ягодицах. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация невозможна из-за выраженной ПБЖ. Молочные железы Ma. Ожирение отсутствует.

Менархе отсутствует Mb $Aa\ Xy\ Ma$.

Были консультированы следующие специалисты:

1. Эндокринолог: диагноз: Иценко-Кушинга? Ожирение 3 степени.

Рекомендовано стационарное обследование в эндокринологическом отделении отдален.

2. Лаборатория мел генетика анализа томографической хроматограммы, повторить содержание аминокислот в крови и в моче – в пределах нормы, биохимический скрининг мочи 6/0, ЦПХ 65ЕДг крeтeлинe.

3. Медико-генетическая консультация. Кариотип 46XX, % полового хроматина 10.

4. Консультирование онколога. Диагноз: онкопатологии не выявлено. Жировой гепатоз.

5. УЗИ матки и придатков. Диагноз: гипоплазия матки. Аплазия яичников? Тело матки $26 \times 15 \times 21$ мм, эндометрий не визуализируется, яичники не визуализируются.

6. Кровь на сахар 3,7%, моче глюкоза-0.

7. Детский ревматолог. Диагноз: Ловные хорды левого желудочка.

8. Неуролог. Диагноз: цереброваскулярный синдром.

9. Окулист. Диагноз: ангиопатия сосудов сетчатки.

10. Консультация психиатра. Диагноз: Легкая умственная отсталость.

11. Генетик. Предварительный диагноз: Синдром Барнета-Бедла.

- Вопросы:

21. Диагноз?

22. Дополнительные методы обследования?

23. Прогноз в отношении репродуктивной функции?

- Задача №11.

- Больная 3. 18 лет, училась ВУЗа, II курс.

- Жалобы на нерегулярные, периодические обильные, длительно мажущие менструации, безболезненные.

- Отец: 50 лет, асоциал, вредных привычек не имеет. Мама: 50 лет, фелдшер, вредных привычек не имеет. Менструации с 13 лет, регулярно, по 5 дней, умеренно.

- Гинекологические заболеваний нет. Девочка родилась от III беременности, II родов.

- Беременность и роды протекали нормально, родилась доношенной весом 3900г, рост 53см, по Апгар 8-9 баллов. До 1 года находилась на грудном вскармливании. До 2-х лет

- ничем не болела, развивалась нормально, все прививки в срок.

- С 3 до 6 лет перенесла заболевание: скоротаж, острый отит, фолликулярная ангина, неодионозита ОРВИ.

- Анализы: анализ крови, гематокрит, гемоглобин, ферритин, ферритин, ферритин.

- Менструации с 13 лет, нерегулярно. С 16 лет в течение года тазовая находилась на стационарном лечении с диагнозом: конильное маточное кровотечение. Анемия I-II степени.

- Получала лечение: утеротоник, гемостатические средства, витаминизация, физиолечение.

- Консультация специалистов:

- ЛОР – диагноз: Хронический тонзиллит.

- Окулист – диагноз: Миопия слабой степени.

- Эндокринолог: диагноз: Гиперплазия щитовидной железы I ст.

- Гематолог: диагноз: Тромбоцитопения, анемия форма.

- УЗИ малого таза: Матка $33 \times 44 \times 26$ мм. Справа в проекции яичника визуализируется округлой формы жидкостное образование 33×28 мм.

- Рентгенограмма черепа: Гипофизарная астенция, диафрагма турецкого седла обызвествлена.

- Общий осмотр:

- Рост 156см, вес – 46кг, окружность грудной клетки – 73см, ширина плеч – 36см, длина – 28см.

- Телосложение нормостенического типа. Кожные покровы чистые, тургор кожи сохранен, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, гиперпигментация, стрии – нет.

- ИМТ – норма.

- ВНП: Mb $Xy\ Aa\ Ma$.

- Гормональное число – 2.

1. Основные принципы лечения.
2. Консультация класс специалистов потребуется, дальнейшее обследование. Поиском репродуктивной функции в будущем.

Form No. 13

Пашенцева С. 1986 г. р.

Беременность у матери Ш, роды II, беременность протекала с острым бронхитом, дрoжанием конечностей. Роды III срoчные в первом виде зaпoложного прoдeлeния, весом 2400 г., длина 49 см, окружность грудной клетки 36 см. Пpоcтaнoвлялись диагнозы: острый бронхит, гипоксия плода. Показания к кесареву сечению отсутствовали. Препараты: Анальгин 0,5 г, Аспирин 0,5 г, Кальций хлорид 10 мл, Витамин С 100 мг, Витамин В₁ 10 мг, Витамин В₆ 10 мг, Витамин Е 10 мг, Витамин К 10 мг, Витамин Р 10 мг, Витамин РР 10 мг, Витамин Т 10 мг, Витамин У 10 мг, Витамин Ф 10 мг, Витамин Х 10 мг, Витамин Ц 10 мг, Витамин Ч 10 мг, Витамин Щ 10 мг, Витамин Ъ 10 мг, Витамин Ы 10 мг, Витамин Ь 10 мг, Витамин Ъ 10 мг, Витамин Ы 10 мг, Витамин Ь 10 мг.

1992). В 7 лет — снижение массы животных (у — русские, кельты, шотландцы) и у (с) —

Сделан анализ крови № 1. На 98 г/л, лейкоциты - 7,8; γ -2; с/а-59, п-1, э-37, м-1, СОЭ-6 мм/ч.
АЛ-90,60 мм рт ст.

Направлена на стационарное лечение гинекологическое отд. с диагнозом: воспалительное заболевание органов малого таза. Находилась на стационарном лечении с 9.01 по 8.02.

УЗИ от 9,01. Матка 44x26x41 мм. Эндометрий 10 мм. Правый яичник 33x25x26 мм. Левый яичник 24x15x21 мм. Оба яичника без особенностей.

ЭКТ Ритм синусовый. Небольшое положение ЭОС.

Бюджетные инвестиции являются

Проведено лечение: оксигенотерапия, ант. В₆, Fe, 5% глюкоза, витаминизированный раствор глюкозы, калия хлорид, аскорбиновая кислота, витамин С, витамин Е, витамин Р, витамин К, витамин А, витамин В₁, витамин В₂, витамин В₁₂. Эпизодически назначены препараты кальция и магния. СаСг 10%, аскорутин, сорбифер, трикопол, дофастол, микроглютин в дальнейшем по убавленной дозе, амлодипин 0,5 г 1 раз в день 7 дней, эфторез с ковалентином на лимф. узлы. Энзимопатический субстрат: витаминизация С. Витаминизация Б № 14 т/а.

Рекомендация: по окончании микрохирургии с 16 по 25 день менструального цикла дофастон по 1 таблетке 1 раз в день 2 месяца. Диета. Режим труда и отдыха. Освобождение от физических нагрузок на 3 месяца.

По данной истории болезни основными этиологическими факторами, способствующими возникновению коагуляционного кровотечения, является хромосомное и инфекционное заболевания в детстве: острая фоликулярная ангина в 2 года, острый проктосигмоидит гнойный отит в 2 года, ОРЗ с обострениями до 2-3 раз в год до 16-летнего возраста. Это привело к появлению вторичных иммунологических нарушений, которые в дальнейшем способствовали развитию многих патологических процессов.

Иммуный ответ характеризуется повышением активности антигенопредставляющих клеток (мониторов, макрофагов и др.). В результате этого возрастает продукция цитокинов (интерферонов), применяемых непосредственное участие в осуществлении иммунного ответа. Интерфероны воздействуют на типотазисы, изменяя его активность. Кроме того, интересными являются мощными раздражающими агентами, которые способны продуцировать целый ряд факторов смертельного. Инкапсуляция и выделение споров осуществляют споровые микроорганизмы. Находясь в

белковообменительной функции сетчатки приводит к нарушениям гормонального гомеостаза, что в свою очередь приводит к нарушениям нормального ритма секреции гипоталамо-гипофизарных гормонов, что в свою очередь способствует нарушениям гормонального гомеостаза в репродуктивной системе в целом и приводит к стойкой бесплодности. Следовательно, для данной категории пациентов необходимо провести ряд дополнительных исследований с последующим лечением.

1. Иммунограмма.
2. Зсг

Осмотр на кресле: живот мягкий, безболезненный, паховые лимфоузлы не определяются. Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно, сформированы в виде сосочков. Слизистая влагалища розовая, влажная, без патологических изменений. Влагалище и шейка матки свободны от патологических изменений. Матка

Per rectum. Марка в асфальто, нормальных размеров, подложная, безбеловизна. Слева яичник не определяется. Справа от шейки определяется образование в 50 мм, округлое, плотностяжной консистенции, подвижное,

Таблицы использованы (в 18 шт.).

 $\sigma_{CT} = 5 \text{ g mm}^{-1}$

ИТ - 2,0 ммол/л на 7-ой день месячного курса.

Electrochromic 3.9 nmol/L

проксимитин 224ME/л на 19 день менструального цикла.

УЗИ малого таза (на 14 день менструального цикла). Матка 48×26×47 мм, эндометрий 5 мм, яичник 27×21 мм, $\bar{v} = 6,1 \text{ см}^3$. В области правых придатков эхогенное образование 50×46 мм, $\bar{v} = 42 \text{ см}^3$, с четкими контурами, округлой формой.

Всего в течение 10 месяцев (на 14 день менструального цикла).

Матка 46×32×48 мм, эндометрий 10 мм. Лейкий яичник 29×16, $\bar{V} = 3,7\text{см}^3$. В области правых придатков экзостическое образование 62×47 мм, $\bar{V} = 72\text{см}^3$, с четкими ровными контурами.

Donnerstag

1. Предварительный диагноз?
2. Какие еще нужно провести исследования и консультации?
3. Тактика дальнейшего лечения?
4. Прогноз и плане восстановительной функции в будущем.

Figure 512

Exposure K: 15 sec: variance unknown.

27.09.02г. поступила в стационар с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение 1 месяца, слабость, желание спать.

Считает себя больной с 3,5 лет. По поводу подорванных кровянистых лечилась 3 раза в амбулаторию (аминокислотная кислота, витамин) с положительным эффектом. Последние кровотечения с 28.08.02г. В течение 2-х недель беспокоит мажущее выделение, которые затем утихают, появляются слабость. Промывалась с 9,5 лет по 5-7 дней, через 21-27 дней – обильные, болезненные в течение 2-х первых дней, затем умеренные, до 05.01 – регулярные. С V – 01 наблюдались периодическое задержки до 2 месяцев. После задержки наступают затененные менструации.

Родилась в семье рабочего. Отец — 3700р. рост — 54см. С 13 лет часто болела ОРЗ, ангиной, коклюшем.

Исследования не являются

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост – 165 см, вес – 103 кг. ИМТ = 38 (> 30). Плечи/бедро $> 0,8$. Гормональное число – норма. Половая дисфункция. Маммография: Маммо Мем (11.1) Ступи на безрах. белесоватые.

Температура – 37,0, пульс – 78 в мин, АД – 120/70 мм рт.ст.

Язык сухой, чистый. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные. Стул в норме, мочеиспускание в норме. **Vigro.**

Per gestam НПО развито правильно. Осложнение по женскому типу. Матка в адекватно flexio, нормальной величины, маточной консистенции, подвижная, безболезненная. Тонус не определяется. Выделяется кровянистые, обильные.

В дополнении к извлечению на «Д» учтите у эндокринологов, невропатологов и рана.

Диагноз: транзиторный дисцифальный синдром.

Регулярно обследуется, получает лечение в амбулаторном порядке.

Диагноз: Транзиторный ишемический синдром. Ожирение II-III ст. ВСД по гипертоническому типу. Ювенильное кровоотечение.

Importers:

3. Рентгенография черепа с прицельным боковым снимком турецкого седла
 4. Исследование точек свечения костей рук (костный возраст)
 5. Исследование половых и соматотропных гормонов крови
 6. Тесты функциональной диагностики (ректальная температура, колоидцитология с подсчетом карминоэпителиальных и эндометриальных клеток)
 7. Генетическое исследование
 8. Консультация эндокринолога, гематолога, невропатолога
- Комплексное обследование позволит провести надлежащую терапию

Задача № 14

Пашенкина С., 17 лет

Обратилась в женскую консультацию с жалобами на резко болезненные менструации. Боли внизу живота, начинаются за 1-2 дня до менструации ноющего характера, затем с 1 дня менструация носит схваткообразный характер, иррадирует в поясницу и внутреннюю поверхность бедер. Боли сопровождаются жидким стулом, головной болью. Боли купируются инъекциями аналггина, баралгина. К концу менструации боли уменьшаются, затем проходят. Боли появились с момента установления менструального цикла.

Менструация с 14 лет по 4-5 дней, установилась через 7-8 месяцев, умеренные.

Половую жизнь отрицает.

Девочка от первой беременности, доношенная, родилась весом 3400г. Во время беременности у матери – угроза прерывания беременности в раннем сроке. Менструальная функция у матери 6/6.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, хр. тонзиллит, часто ОРЗ за время учебы в школе.

Объективно. Астенического телосложения, пониженного питания. Рост 168 см, вес 53кг. ИМТ 18,5. Мг. Р., А., М., Половая формула – 10. Наружные половые органы без особенностей. Уретра и бартолиновы железы 6/6.

Рег гестия: матка небольшая, плотная, подвижная, 6/6. Придатки не определяются.

По УЗИ матка размерами 5х4,2х4,5см, с четкими, ровными контурами. Мнимотрий однородный. Эндометрий 8мм. Яичники правый 3,1х1,6см, – норма. Левый яичник четко не виден.

Вопросы:

1. Дифференциальная диагностика.
2. Диагноз
3. Лечение
4. Прогноз репродуктивной функции.

Задача № 15

В женскую консультацию 20.12.02 г. направлена педиатром девочка 15 лет с ДБ: НМЦ, с жалобами на задержку месячных в течение 4-х месяцев, большую прибавку веса в течение года, обратилась впервые. Менархе с 12 лет по 4-5 дней умеренные, безболезненные через 28 дней иногда с задержкой на 7 дней. Половую жизнь отрицает.

Из семейного анамнеза:

Мама: 46 лет, работала лувальщицей в «Обществе слепых», работа связана с проф. вредностью (кислоты, щелочи, санитайзер, олово), сейчас на пенсии. Вредные привычки: курит (стаж 20 лет). Заболевания матери: хр. бронхит, гипотония. Беременность протекала с гипотонией, ВД(-) крова. У мамы менструальная функция не нарушена.

Отец: 46 лет, отмечает головные боли спинальные (не обследовался), эпилепсия (снят с Д. учета), курит.

Из личного анамнеза: рост 161,5 см, вес 72,5 кг. ИМТ=72,5/(1,61)² =27 (N 20-25). Ожирение I ст.

Девочка от первой беременности, 3-х родов. Отягощен акушерским анамнезом (медикаментозный и криминальный аборт). Роды в срок с оценкой по Апгар 8-96, грудное вскармливание 2-3 мес. перенесенные заболевания: анемия, ОРЗ, ветряная оспа, ИМТ с легким сотрясанием головного мозга (сбита мотоцикла в 2 года).

До 13 лет ничего не беспокоило. В 13 лет стали беспокоить головные боли, головокружение, боли в сердце. Обследована кардиологом с ДБ: ВСД по вегетоническому типу, синусовая аритмия, ПМК I степени. ЛХ в ЛЖ. В 15 лет находится на стационарном лечении в «Евброн» с ДБ: энцефалический синдром в форме генерализованных тонико-клонических припадков, редких на фоне резидуальных органических поражений ЦНС.

Проведено обследование: Рентгенограмма черепа в 2-х проекциях: форма, структура и толщина костей свода черепа обычные. Шам и сосудистый рисунок 6/6. пазуховые аномалии не выражены. Турецкое седло N размера. Основная пауха воздуха.

ЭКГ: кровообращение незначительно снижено в сонных и подлопаточных артериях S2D. Тонус сосудов в пределах нормы. Затруднение венозного оттока во всех отделах. Расчетные величины внутрисердечного давления повышены.

ЭЭГ: умеренно выраженные обменно-гормональные изменения критического и дисрегуляторного характера. Раздражены стволовые структуры по энцефалографическому типу. Находится на постоянном приеме феллостана.

Обследована эндокринологом с ДБ: ожирение I-II степени. Гипоталамический синдром. УЗИ щитовидной железы 6/6. Газовое дно в норме. ТТГ – 2,55 в N, Т3 – 1,58 (в N), Кортизол 816 (N до 660 нмоль/л), пролактин в N. Получила лечение – левотироксин, Алоэ 1,0 мг/м, витамин D.

УЗИ матки и придатков: гипоплазия матки I степени. Размеры матки 40х26х37мм грушевидной формы, миометрий однородный, эндометрий I до 4 мм.

Правый яичник 33х19 мм. Левый яичник 31х18мм. Фолликулы в ф-6-7 мм. Свободной жидкости в полости малого таза нет. Анализ крови: Нb= 103 г/л.

При осмотре: на коже бедер небольшие стрии от снижено-белковых до белых. Мах Ахс Рbо Мгз. Половая формула 9,9 (N 11 и выше).

Физическое развитие: ширина плеч – 35,5см, ширина таза 33,5 см, высота ног – 96 см, окружность грудной клетки – 88 см.

Гормональное число 3 балла.

Рег гестия: матка и придатки не определяются из-за выраженного подкожного слоя. Паховые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Мазок из влагалища и уретры: гр. трихомонады – не обнаружены, N 1-2, ж. клетки 5-7, слизь ум., флора пал.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. Дальнейшая тактика врача
 - 1) дополнительное обследование
 - 2) лечение у каких специалистов требуется
 - 3) требуется ли гормональное лечение у данной больной.
3. Прогноз репродуктивного здоровья.

Задача №16.

Больная 28 лет обратилась с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, слабость, повышение температуры до 37,7 С. Заболела 2 дня назад после переезда.

Из анамнеза: у женщины было 2 родов, 3 искусственных аборта. Последний аборт осложнился воспалительным процессом. Больная в течение 4 лет страдает хроническим сальпингоофоритом с частыми обострениями, по поводу которых лечилась в стационаре. Менструации с 14 лет по 3-4 дня через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 3 лет менструации стали загибаться до 5-6 дней. Последняя

менструация была 10 дней назад, пришла на 4 дня позже, продолжалась 5 дней. Контроль - прерывания.

При осмотре общее состояние удовлетворительное, пульс 88/мин., АД-120/80 мм рт.ст., температура тела 37,7 °С. Язык влажный, слюна обильна, беловатым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание безболезненное.

При гинекологическом обследовании: шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев закрыт, выделения обильные, желтоватые. Слизистые шейки матки резко болезненны, тело матки нормальных размеров, ограниченно подвижно, чувствительно при пальпации. Правые придатки при пальпации болезненные. Слегка и несколько кзади пальпируется образование, ограниченно подвижно, резко болезненно, плотной консистенции, с участками размягчения размером 4х3 см, влагалищные своды упрощены.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №17.

Большая Д., 45 лет продолжает жалобы на обильные болезненные менструации, "моющие" кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Считает себя больной в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращалась.

В анамнезе одна срочная роды, три медицинских аборта, последний из них, проведенный 2 года назад, осложнился гематометрозом, в связи с чем была произведена эвакуация гематометра, контрольное выскабливание стенок полости матки, в дальнейшем развилась метроэндометриоз.

При осмотре: кожа бледно-розовая, пульс 72 уд./мин., АД 125/80 мм рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, матка в ретрофлексии, увеличена до размеров, соответствующих 8-9 неделям беременности, плотная, ограниченно подвижная, придатки с обеих сторон не определяются, параметрии свободны, выделения слизистые, светлые.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №18.

Беременная С., 27 лет, наблюдается в женской консультации с 12 недель беременности. В сроке беременности 33 недели появились жалобы на зуд кожи живота в течение недели после употребления в пищу шоколада.

Из анамнеза. Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, ветряная оспа, эндемический паратиф, вирус туберкулез. Гинекологические заболевания: хронический сальпингооофарит. Менструация с 12 лет, по 4-5 дней через 28-30 дней, умеренные болезненные, установились сразу. Последняя менструация 8.03.2004. Половая жизнь с 18 лет, контрацепцию не использует. Беременность четвертая. Первые две закончились мини-абортami без осложнений, третья закончилась самопроизвольным выкидышем в малом сроке 6 лет назад (причина не установлена). Данная беременность осложнилась ранним токсикозом (рвота беременной средней степени тяжести) в 5-11 недель, лечение стационарное с положительным эффектом. При УЗИ в 13-14 недель диагностирована двойня. Выявлен уреаплазмоз в титре 10^3 в 15 недель беременности. Осмотрена кардиологом в 15 недель: гипотония беременной, ХСН с синдромом соединительнотканной дисплазии. В 21-31 неделю анемия беременной (прежизнала ферритин). Инфекция мочевыводящих путей в 24 недели (стационарное лечение).

Объективный статус: рост 173 см., вес 67,6 + 0,6 (за одну неделю).

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, на коже живота следы расчесов. АД 100/70 мм рт.ст. на обеих руках, пульс 80 ударов в минуту, тоны сердца ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, нижний край безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

ОЖ-96 см., ВДМ-38 см. Матка в нормотонусе. Положение первого плода косое, головка в дне матки слева, положение второго плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, I плода-150 уд./мин; II плода-130 уд./мин. Размеры таза 24-26-30-18 см.

Дополнительные методы исследования.

УЗИ: беременность 33 недели, двойня динамическая, монохориальная, косое положение первого плода, тазовое предлежание второго.

КТГ-нормограмма.

Общий анализ крови: Эр-3,46*10¹²/л, Нв-111 г/л, ЦП-0,98, п-2, с-58, э-1, м-9, а-30, СОЗ-23 мм³, Тг-247000, Нг-0,303.

Биохимическое исследование крови: билирубин-9,4 мкмоль/л, АСТ-53 Е/л, АЛТ-66 Е/л, общий белок-66 г/л, щелочная фосфатаза-232 Е/л, ПТИ-103%, фибриноген-4,6 г/л. Сахар крови 5,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1019, реакция кислая, белок 0, глюкоза 0, эпителий плоский 1-2 в п/зр, лейкоциты 1-2 в п/зр, слизи*, осадити*.

УЗИ внутренних органов без особенностей.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №19.

Большая П., 46 лет, обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, после задержки очередной менструации на 3 месяца. В течение последних 2 дней выделения усилились, обильные со сгустками. Менархе с 12 лет через 28 по 4-5 дней регулярно, безболезненно. Родов - 2, абортов - 3. В анамнезе хронический сальпингооофарит, неоднократно амбулаторное лечение. Объективно: Кожные покровы бледные $R=88$ в мм, АД - 140/90 мм рт.ст. Температура 36,7, дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, жажда мягкая, безболезненная. Стул, мочеиспускание в норме. St. deg: наружные половые органы развиты нормально PV, влагалище розоватой, шейка чистая, зев закрыт, выделения обильные, сгустками. Матка увеличена до 6-7 недель, безболезненная плотная, с неровной поверхностью, придатки тяжести безболезненные. Предварительный диагноз: фибромиома матки. Пременопауза. Дисфункциональное маточное кровотечение.

Ан. крови: Нв -98 г/л, L-8,2X10⁹ СОЗ 12 мм, Eosиния - без особенностей. Лп. мочи - без особенностей. Мазок - III степень чистоты. УЗИ - гениальный. Матка размерами 67X50X62 мм, по передней стенке гиперэхогенное образование размерами 28X12 мм, эхогенный 15 мм. неоднородной эхоструктуры. Яичники обычных размеров окружены множественными гиперэхогенными структурами до 3-4 мм.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №20.

Большая С., 41 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве.

Анамнез: наследственность не отягощена.

Менструация с 14 лет, устанавливалась сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Половую жизнь ведет с 20 лет, состоит в браке. Имела 9 беременностей: три из них

закончилась нормальными, срочными родами без осложнений, шесть - искусственными абортами в ранние сроки без осложнений. Перенесенные гинекологические заболевания отсутствуют.

После 5-месячной задержки менструации начались скудные кровяные выделения из половых путей темного цвета. Болей внизу живота не было. Обратилась к гинекологу для выяснения и сразу же была госпитализирована в гинекологический стационар.

Объективные исследования: общее состояние больной удовлетворительное. Пульс 72 уд./мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт. ст. Большая правая половина тела одетая, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, чистый. Желудок мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул и мочеиспускание в норме. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволощенные на лобке по женскому типу. Влагалище - розоватой женщины. Шейка матки чистая, нормально сформированная, цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Отмечается шинко преддверия влагалища и шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено до 10-11 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровяные, темные, скудные.

Большой под внутриматочным наркозом произведено выскабливание стенок полости матки кюреткой с целью искусственного прерывания беременности. Во время выскабливания были удалены элементы плодного яйца и небольшое количество прерогных пузырьков (до 100 мл), полость матки проверена кюреткой - стенки чистые, целые. Полученный из полости матки сосок полностью послан на патоморфологическое исследование.

Гистологическое исследование: в соскобе из полости матки обнаружены элементы плодного яйца и пузырный занос без валиций пролиферации.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №21.

Больная С., 20 лет, обратилась на прием в женскую консультацию с жалобами на острые боли внизу живота, которые появились после акта дефекации за 2 дня до обращения.

Острая боль держалась около 5 минут, затем стихла, женщина решила за помощью не обращаться. Через некоторое время боли повторились, но приобрели спастический характер, появилась головная боль, головокружение, однократная рвота, жидкий стул, незначительные мажущие выделения из половых путей; после чего женщина решила обратиться за помощью в женскую консультацию.

Из анамнеза: менструация с 13 лет, по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. В течение 2 дней отмечает задержку менструации. Половая жизнь с 16 лет, в качестве контрацепции использовала прерывания. В течение 3 месяцев не предохранялась. Полгода назад был миниаборт. Родов не было. Из перенесенных соматических заболеваний: хронический пиелонефрит, ангина, ОРЗ. Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингоофорит, хламидиоз.

Объективные данные: женщина, входя в кабинет, правой рукой придерживает подвздошную область, корпус немного наклонен вперед. Кожные покровы бледноватые, женщина вялая. АД 100/60 мм рт.ст. Р 80 ударов в минуту. Т 36,8°C.

Живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации над лобком и в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

В зеркалах: слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, слизистая вокруг наружного зева раздражена, выделена коричневые мажущие, незначительные.

Выводы: наружный зев закрыт, матка нормальной величины, плотная, безболезненная, справа от матки пальпируется образование без четких контуров,

эластичной консистенции, болезненной при пальпации, правый свод упруговат, определяется болезненность при смещении матки.

Женщина была поставлена диагноз: подорожание на правостороннюю внематочную беременность и она была направлена на машине скорой помощи в дежурную гинекологию.

По прибытии в дежурную гинекологию женщина почувствовала себя лучше, боли уменьшились, я, не дожидаясь осмотра дежурного врача, уехала домой. Ночью боли вновь повторились, женщина опять пришла на прием в женскую консультацию.

К предыдущим жалобам добавились боли в области правого плеча и ключицы, повышение температуры до 37°C.

Объективный статус дополнился нарастающей болезненностью кожных покровов, появились симптомы раздражения брюшины, область пупка окружена в серовато-синеватый цвет. Бимануально: зев закрыт, матка нормальной величины, плотная, умеренно болезненная. Справа в полости матки пальпируется эластичное образование без четких контуров, болезненное при пальпации, все своды влагалища упруговатые, серозно-нависают, при смещении матки рожда болезненность.

Спо взял анализ крови: Hb 108 г/л L 9,7*10⁹/л СОЭ 21 мм/час

АД 100/60 мм рт.ст. Р 92 в мин Т 37°C

Женщина вновь на скорой помощи была направлена в дежурную гинекологию.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №22.

Больная Т., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение стационара с жалобами на спастические боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 8 дней.

Считает себя больной в течение 4 лет, когда начались обильные менструации со сгустками крови, скарлатинообразные боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, устанавливались сразу, по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последнее 2 года - через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные (после менструаций отмечает недомогание, слабость, млязание мышц перед глазами).

Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Беременностей-2, родов-не было, 2 искусственных аборта в сроке 12 и 9 недель (без осложнений). Контрацепцию не использует.

Перенесенные заболевания: ангина, грипп, ангина (дважды стационарное лечение в терапевтическом отделении в течение последних трех лет). Гинекологические заболевания, ИППП отрицает. Последствия не отягощены.

Объективные данные: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык влажный, чистый. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, легкая систолическая шум на вершине. АД 120/80 мм рт.ст. Р 89 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище перекручено. Из канала шейки матки исходит утол в диаметре 3 см., на тонкой ножке, обычной розовой окраски, плотной консистенции, не кровоточит. Матка чуть больше нормы, плотная, безболезненная, в антибеско. Придатки не определяются, осмотр безболезненный. Влагалищные своды свободны. Hb 82 г/л

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №23.

В женскую консультацию обратилась пациентка К. в возрасте 40 лет с жалобами на нарушение регулярности прихода менструаций за последние 5-6 месяцев. Дату последней менструации не помнит.

В анамнезе 4 беременности: 1-я закончилась искусственным абортom без осложнений в 3 беременности - роды, все путем операции кесарева сечения (1- по поводу клинически узкого таза, ребенка логноб, далее 2 и 3- по поводу рубца на матке) во время 3 операции кесарева сечения сделала стерилизацию (операция 12 лет назад). Гинекологические заболевания отсутствуют. На приеме у гинеколога не была в течение 3 лет.

Общее состояние удовлетворительное. Параметры АД, ЧСС в норме. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Паховые лимфоузлы не увеличены. Уретра и бартолиевы железы без особенностей. Шейка без видимой патологии. Слизистая влагалища розовая. Выделения слизистые, умеренные. Матка увеличена до 10-11 недель беременности, безболезненная, ограниченно подвижная. Сводки свободные. Придатки не пальпируются.

Женщина направлена на УЗИ. УЗИ показало наличие в полости матки плодного яйца (10-11 недель беременности).

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №24.

Больная Н., 23 лет поступила в ПРБ 16 декабря с жалобами на схваткообразные боли в правой подвздошной области, усиливавшиеся при ходьбе, незначительную тошноту, сухость во рту. Больной себя считает в течение 2 суток. Из анамнеза: перенесенные заболевания ОРЗ, грипп, кожные заболевания, болезнь Боткина отрицает; гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 13 лет, по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 2 августа. Не замужем. Половая жизнь с 16 лет. Беременностей две, первая закончилась мед. абортom, вторая - настоящим.

Объективные: общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чисты, физиологической окраски. Язык чистый, сухой. АД 120/80 мм рт ст. Рз 90 в мин, удовлетворительных качеств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненность в правой подвздошной области, аппендикулярные симптомы положительны. Матка на 2 поперечных пальца ниже пупка, в нормотонусе. Самилом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра и бартолиевы железы без особенностей. Вагинальные порожки. Шейка матки чистая, кожной формы. Матка увеличена до 17-18 недель беременности. Матка в нормотонусе, безболезненна. Левые придатки без особенностей. Область правых придатков резко болезненна при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.

Лабораторные данные: лейкоциты $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №25.

Больная, 42 года. Воспитатель детского сада. Направлена на консультацию хирургом поликлиники с жалобами на задержку стула, дискомфорт во время акта дефекации, незначительное вздутие живота. Последние менструации прошли с легким недомоганием и обильным состоянием во время дефекации.

Гинекологический анамнез: родов-2, абортom-3, менструальный цикл не нарушен, менструации регулярные.

Объективные данные: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиевы железы без особенностей. Шейка матки чиста. Цервикальный канал без

особенностей. Выделения- слизистые, умеренные. При пальпации матки обычных размеров, слегка отклонена вперед, безболезненна. Придатки слева тахисты, безболезненны. За маткой, больше справа, пальпируется образование 102мм* 56 мм безболезненное, бутристое, деревянистой плотности, легко смещаемое. Параметрия свободна.

РРГ ампула прямой кишки на 13 см свободна, дальнодейший осмотр затруднен из-за наличия плотного образования занимающего практически весь диаметр кишки, безболезненного. **Данные лабораторных исследований:** анализ крови, мочи на сахар, RW, BИЧ, данные биохимических исследований, копрологиче в пределах нормы.

Данные УЗИ: объемное образование в полости малого таза. Заболевание кишечника? Заболевания яичника?

Консультация проктолога и гастроэнтеролога: мнения разошлись. Заболевания кишечника? Заболевания яичника?

Данные маркеров на заболевания кишечника в пределах нормы. После консультации онкогинеколога и хирурга женщина направлена на оперативное лечение в онкодиспансер.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №26.

Больная А., 30 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли внизу живота, ноющего характера, в течение недели, температуры нет.

Из анамнеза: роды-1, абортom нет, разведена, половую жизнь отрицает, контрацепция- ВМС (10 лет). Менструация с 13 лет, по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Из перенесенных заболеваний: грипп, ОРЗ, первая анорексия (затруднен прием пищи, ест мало, после этого через 20 минут рвота). Последствиями не отягощена. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективные: женщина астенического телосложения, кожные покровы бледные, лимфоузлы не увеличены.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиевы железы без особенностей. Шейка матки чиста, малых размеров ВМС. Матка небольшая, плотная, безболезненная. Придатки слева без особенностей. Придатки справа отчетливые, болезненные. Выделения слизистые. Паховые лимфоузлы не увеличены. Область явуса без особенностей.

УЗИ: признаки метродисметрита. Типов дехта. Диффузная патология слава.

Мазок на б/сс: U эпит в б/к L 20-25 в н/р, флора смешанная. С эпител в большом кол-ве, L 25-30 в н/р рп, трихомонад нет. Флора смешанная в большом количестве.

Полный анализ крови: эритроциты: $3,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$ Hb 60 г/л сдвиг лейкоцитарной формулы влево, L $28 \cdot 10^9/\text{л}$, токсическая зернистость, СОЭ 40 мм/ч

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №27.

Больная К., 31 год, не работает с мая, доставлена в гинекологическое отделение 28.07.04 СМП с диагнозом: беременность? Множматка?

При поступлении жалобы на кожные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей с явара, периодический сухой кашель в последние 10 дней, сухость во рту, голод, отсутствие аппетита, рвоту после приема пищи и жидкости до 2-3 раз в сутки, с мая потеряла в весе 15 кг, в течение месяца температура тела до 39°C. За медицинский помощью не обращалась, лечилась «у бабушки». Ухудшение состояния с мая, с конца июня сама определять в животе опухолевидное образование. У гинеколога не была с 2001 года. Летом 2003 года проходила мед. осмотр в смотровом кабинете, обнаружена множматка до 8 недель, рекомендована консультация гинеколога.

Менструации с 13 лет, по 10-15 дней с нерегулярными, бывают задержки до 3 месяцев, умеренные, безболезненные, с явными кровянистыми выделениями которые продолжаются до сих пор.

Замужем, первый брак, половая жизнь с 19 лет, родов-0, аборт-0, в 1995 году была пупырчатый занос. Конtraceпцией не пользуется. Секреторная функция повышена.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки, полип эндоцервикса, дисплазия шейки матки. В 2001 году онкологическим было дано направление на консультацию в РКОД с диагнозом полипоз эндоцервикса, но большая ее часть была пролечена в поликлинике. Поменяла место жительства и у гинеколога больше не была.

Перенесенные заболевания: простудные, аллергические в детстве. В 1984 году болезнь Боткина. В 2001 году пролежала хламидиоз, в октябре 2002 года этап лечение пенициллитом и алергический анамнез без особенностей. Вредные привычки отрицает. Предварительный диагноз: множа матерн быстрый рост? Геофобастическая болезнь? Как матерн?

Объективные: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, язык сухой. Выдыхаемый запах даже в покое. В легких дыхание жесткое. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/50 мм рт. ст. живот увеличен в размерах, в брюшной полости пальпируется бокаловидных размеров опухоль. Печень и селезенку пальпировать не удалось. Сметом Пастернацкого отрицательный.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Освоение не женскому типу. Уретра и влагалище желтым без особенностей. Влагалище не розоватое. Шейка матки конической формы protruscat 2 поперечных пальца, из цервикального канала выделяется розоватая, выделения кровянистые, умеренные. Матка увеличена до 15 недель, плотная, чувствительная. Пролитки справа не определяются, слева отделяно от матки до подвздошной определяется больших размеров плотное, чувствительное образование.

Анализ крови: Hb 52 г/л, эритроциты $3,29 \cdot 10^{12}/л$ ШП 0,47 Hct 195 г 510 L $9,8 \cdot 10^{12}/л$ a-с-80 л -12 м-3 >2 лейкоциты +++ поликлеточные ++СОЭ 18 мм/час фибриноген 6,44 г/л СРБ ++ общий белок 46,4 г/л

УЗН: мати 11,8*9,5, стінки мінометричної труби до 0,6 см, за повноту мати заповнена екомассою. Сосна гігантська багатомірною квіткою з розростаннями на перетородах. В процесі подорожжя свобідна живильність.

Вам интересно? Текст не закончен.

399848 №28.

Большая С., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение 26.01.03 в 20.00 экстренно, доставлена СМП.

Жабы на реке боли вину живота, слабость, головокружение, тошноту. Работы не было. Ноющие боли вину живота появились после обеда, час назад резко усилились. Стул сегодня не был. Мочевыделение без особенностей.

Анамнез: Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, болезненные (боли появляются за 2-3 дня до менструации) через 28-30 дней, умеренные. Последняя менструация с 1 декабря по 6 декабря.

Полная жизнь с 19 лет в боевой

Беременностей было 3, роды 1, физиологические. 2 мела аборт без осложнений.

Контрацептивными средствами не пользуются так как в последние 5 лет не беременеет.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (слабая эктоцеркоэзия), воспаленно преддверие матки с частыми обострениями. Лечение амбулаторно, стационарное в течение последних 4 лет. Венерические заболевания отсутствуют.

Перенесенные заболевания: ангина, грипп, ОРЗ. Наследственность не отягощена.

Объективные данные: кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/60 мм рт. ст. Рс 90 в

мени. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, резкая болезненность вентру живота. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Симптомом раздражения брюшины слабоположительные вентру живота.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и вагинальные железы без особенностей. Внутренние половые органы: матка несколько больше нормы, плотновата, чистая. Выделения молочного цвета. Матка несколько больше нормы, плотновата, органоно податлива, резко болезненна. Левый оо ретро болезненный, определяется образование спайки с маткой и опосредованно.

Во время осмотра у больной полуобморочное состояние. Температура тела 36,8°C. Анализ крови: эритроциты $378 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb 110 г/л, L $9,5 \cdot 10^9/\text{л}$.

С диагностической целью сделана пункция брюшной полости через задний свод влагалища (в/в введен 2% 1,0 промедола) получено около 2 м жидкости шоколадного цвета.

Предполагаемый диагноз: разрыв кисты.

Операция: в малом тазу выражен спайчатый процесс. Матка несколько больше нормы. Связки в спайках. Киста яичника, размеры 8*8 см, толстостенная, сращившаяся с отверстием около 1 см в диаметре отступая от края желтого цвета содержимого. Справа придатки в спайках, не увеличены. Слева придатки удалены (нет здоровой кистичковидной кисты) спайки-рассечены спайки. Удален боковой яичник.

Ваш диагноз? Тактика лечения.

303049 №79.

Повторморозки поступали через 4 часа от начала розовой деятельности.

Беременность доношенная. Роды не осложнились.

При поступлении АД 180/100 мм рт.ст., отек на нижних конечностях, в моче 2% белка. Роженица внешне побледнела, появилась жалоба на «распирающее» боли в животе.

Предлагаемая часть не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в минуту, аритмичное. Матка напряжена, асимметричной формы за счет увеличения лобового угла матки. Пульс 100 ударов в минуту, мягкой слабого наполнения. Кожа розоватая, нет

При внутреннем исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь цел, резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

Ваш диагноз? Тесты не прошли.

Завдання №30.

38 летняя беременная женщина была доставлена в ЦРБ акушеркой из участковой больницы в тяжелом состоянии.

Беременность 3-4, роды 6-8, 2-е беременность закончилась самопроизвольными абортми. Все годы протекали нормально, однако, последние две роды более продолжительными, дети весом 3500-3800г. Последующие периоды без особенностей. Рождения доставлена по поводу того, что роды продолжаются более суток, воды отошли в большом количестве 3,5 часа после начала схваток. Схватки были интенсивными, но головка останавливалась ползая. Так и продолжалось.

Окружность живота 105 см. Два часа тому назад появились потуги, и после нескольких потуг рождения стала отмечать боли в правой половине живота, появились жалобы на плохое состояние, головкружение, холодный пот. 10 тела — 35,6°C, пульс — 120 ударов в минуту, малый, жестко сжавшийся.

Состояние большой подавленное, она плохо реагирует на окружающее. Ребенок выражена бедность кожных покровов и видимых слизистых. Живот вздут, болезненный при

Диагноз? Какие еще данные Вы можете прибавить к клинической картине заболевания? Уточнение?

Задача №31.

Больная 25 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли в животе и беспеременную рвоту. Больной считает себя со вчерашнего вечера, когда ей на дому был сделан аборт при 3-х месячной беременности.

Объективна. При поступлении: состояние больной тяжелое, t_0 тела – $37,4^{\circ}\text{C}$, пульс 120 ударов в минуту, малое наполнение, мягкая. Угловое дыхание. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком. Живот не вздут, не напряжен, болезненный при пальпации, при перкуссии, в нижних отделах справа, приглушение перкуторного тона.

Внутреннее исследование: шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал пропускает палец, матка определяется не отчетливо из-за напряженной брюшной стенки. Связки придатки не определяются, в правом своде полнота. Исследование ретро-брюшины. Умеренные кровянистые выделения.

Диагноз? Терапия?

Список литературы.

1. Основная литература

1. Алламзин, Э.К. Неполная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Алламзин. - Изд. 4-е, перераб. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
2. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-ва группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
3. Баур, Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Баур; под ред. С. И. Роговской ; пер. с нем. - : Изд-ва группа ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 288 с.
4. Босман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Босман. - СПб. : ООО Ин-во Фоллиант, 2002. - 542 с.
5. Виноградов, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Виноградов. - СПб. : Фоллиант, 2004. - 336 с.
6. Волф, А. С. Атлас детской и подростковой гинекологии : пер. с нем / под ред. В. И. Кулакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. - 304 с. Галактионов, И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Галактионов, З. Ш. Галактионова. - М. : МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
7. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000с.
8. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Мануэлян, Г. М. Самельева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
9. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суздальцова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
10. Гинекология по Эммануэлю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Береза, И. Алаши, П. Халлард ; - М. : Практика, 2002. - 896 с.
11. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю. А. Гуркин. - М. : МНА, 2009. - 692 с.
12. Долгов, Г. В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика : рук. для врачей; учеб. пособие в вып. мед. учеб. зав. / Г. В. Долгов. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2001. - 173 с.
13. Заболевания мочеполовых органов : справ. для практ. врачей / Ю. Г. Алеев и др.; под общ. ред. Ю. Г. Алеева. - М. : Литтерра, 2007. - Вып. 1. - 120 с.
14. Ижевко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ижевко. - М. : Изд-во дом ГЭОТАР-Медиа, 2004. - 136 с.
15. Качественные тесты по акушерству и гинекологии : учеб. пособие / ВУНМИЦ МЗ РФ, сост. И.С. Скаророва и др. - М. : ВУНМИЦ, 1998
16. Козолитина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Козолитина. - : МНА, 2001. - 368 с.
17. Колесниченко, А. П. Острый ДВС-синдром при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике : рук. для врачей / А. П. Колесниченко, Г. В. Грищан, А. И. Гринин. - СПб. : СпецЛит, 2008. - 111 с.
18. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоголова. - : МНА, 2006. - 640 с.
19. Малова матка : (современные пробл-емы этиологии, патогенеза, диаг-ностики и лечения) / под ред. И. С. Скаророва. - М. : МНА, 2003. - 256 с.
20. Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Милешева. - М. : МЕД пресс-информ, 2010. - 208 с.
21. Общая врачебная практика по Давиду Нобелю / под ред. Дж. Нобеля, пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимощевой, Н. А. Федоровой. - Кн. 1. - М., 2005. - 416 с.
22. Попова, В. А. Современная гинекология / В. А. Попова. - Томск : Изд-во ФГУИП, 2004. - 668 с.

23. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. И. Приселков. - 3-е изд., доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
 24. Прогнозирование заболеваний эндометрия / авт. кол.: Н. В. Артемук [и др.] - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
 25. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. И. Приселков, В. Е. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
 26. Сметина, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметина, Л. Г. Тушканович. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: МИА, 2005. - 632 с.
 27. Тихомиров, А. Л. Мама матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубани. - М.: МИА, 2006. - 176 с.
 28. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубани. - М.: МИА, 2009. - 430 с.
 29. Трубина, Т. Б. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии : монография / Т. Б. Трубина, Н. Н. Габбас, В. Б. Трубин. - Уфа : Уфим. гос. ин-т сервиса, 2004. - 166 с.
 30. Тушканович, Л. Г. Современная гинекология-эндокринология / Л. Г. Тушканович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб. - М.: Практ. мед., 2010. - 206 с.
 31. Уткин, Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии / Е. В. Уткин. - Кемерово : Кузбасс, 2010. - 168 с.
 32. Херц, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ. / Г. Херц; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Алопикова. - Изд. дом ГЭОТАР-Мед, 2003. - 276 с.
 33. Хирин, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирин, О. Козер, Ф. А. Ислам, гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров; пер. с англ. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
 34. Целева, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Целева, В. Ф. Божикова, И. В. Берова. - СПб: Фолиант, 2004. - 384 с.
 35. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Триада-X, 2003. - 712 с.
 36. Шестман М.М. Эстрогенная патология и беременность. - М., 2012.
3. Законодательные и нормативно-правовые документы.
 1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
 2. Приказ МЗ РФ от 27.12.11 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».
 3. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2012 N 26377)
 4. Методическое письмо МЗСР РФ от 21.04.10 «Первичная и реабилитационная помощь новорожденным детям».
 5. Принципы организации медицинской помощи новорожденным в акушерском стационаре. Методическое письмо МЗСР РФ от 16.12.11 «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении».
 6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"»
 7. Приказ МЗСР РФ от 27.12.11 №1661н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.07 №736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности"»
 8. Приказ МЗ РФ от 30 августа 2012 г. N 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

9. Приказ МЗ РФ от 26.04.2012 №466н "Об утверждении Порядка выбора гражданским медицинским организациям при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

10. Приказ от 28.12.00 №457 "О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей".

11. Приказ МЗ УР от 01.04.2011г. № 180 "О мероприятиях по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в УР".

12. Приказ МЗСР РФ от 17.05.07 №335 "О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель".

13. Приказ МЗСР РФ от 24.01.12 №31н "О внесении изменений в Порядок выдачи листков нетрудоспособности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 г. №624н".

14. Методическое письмо МЗСР РФ от 13.07.11 №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».

15. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. №541н г. Москва "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения".

17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 25 июля 2011 г. №801н г. Москва "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения".

18. Приказ МЗ УР №08-13/1915 от 07.03.2014 г. «Бланки информированного добровольного согласия (отказа) на медицинские вмешательства для использования в работе».

19. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Микробиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

- Факторы и кофакторы риска рака шейки матки
 - ВПЧ
 - Раннее начало половой жизни
 - Наличие большого числа и частая смена половых партнеров
 - Наличие других ИППП
- Влияние курения на риск развития рака шейки матки
 - Снижает риск развития рака шейки матки
 - Не влияет
 - Повышает риск развития рака шейки матки в 2 раза
 - Повышает риск развития рака шейки матки в 3 раза
- Первичная профилактика рака шейки матки подразумевает:
 - Вакцинация
 - Снижение числа сексуальных партнеров
 - Барьерные методы контрацепции
 - Отказ от вредных привычек
- Возраст начала скрининга согласно рекомендациям для проведения профилактических программ в России:
 - 18 лет
 - 21 год
 - 25 лет
 - 30 лет
- Интервалы при проведении скрининга
 - Каждые 3-5 лет
 - Не реже 1 раза в 3 года
 - Каждые 3 года у женщин моложе 50 лет и каждые 5 лет у женщин в возрасте 50-65 лет
 - Не рекомендуется в любом возрасте
- Где выявляется ВПЧ?
 - В биоптате эпителия
 - В соскобе эпителия
 - В крови
 - В нервных ганглиях
- Назовите гены ВПЧ, обладающие непосредственным трансформирующим потенциалом?
 - E1, E2
 - E4
 - E5, E6, E7
 - L1, L2
- Назовите наиболее онкогенные типы ВПЧ
 - 6,11,42,43,44
 - 31,33,35,51,52,58
 - 16,18

- ВПЧ инфицирует клетки
 - Базального слоя
 - Парабазального слоя
 - Промежуточного слоя
 - Поверхностного слоя
- Клинически малозначимая вирусная нагрузка (ВПЧ)
 - Вирусная нагрузка менее 1 Ig на 10^5 клеток
 - Вирусная нагрузка менее 3 Ig на 10^5 клеток
 - Вирусная нагрузка более 3 Ig на 10^5 клеток
 - Вирусная нагрузка более 5 Ig на 10^5 клеток
- Повышенное количество вируса (ВПЧ)
 - Вирусная нагрузка менее 1 Ig на 10^5 клеток
 - Вирусная нагрузка менее 3 Ig на 10^5 клеток
 - Вирусная нагрузка более 3 Ig на 10^5 клеток
 - Вирусная нагрузка более 5 Ig на 10^5 клеток
- Какое снижение вирусной нагрузки является динамическим маркером транзитной инфекции
 - Снижение вирусной нагрузки более чем на 1 Ig за 1 мес
 - Снижение вирусной нагрузки более чем на 1 Ig за 6 мес
 - Снижение вирусной нагрузки более чем на 1 Ig за 1 год
 - Снижение вирусной нагрузки более чем на 3 Ig за 1 мес
- Чувствительность ВПЧ-тестирования
 - 68-86%
 - 78-99%
 - 88-100%
 - 99-100%
- Чувствительность цитологического исследования
 - 68-86%
 - 78-99%
 - 88-100%
 - 99-100%
- Чувствительность и прогностическая значимость отрицательного теста на ВПЧ в сочетании с отрицательным результатом цитологического теста приближается к
 - 70%
 - 80%
 - 90%
 - 100%
- Назовите клетки, наиболее специфичные для папилломавирусной инфекции
 - Дискератиоты
 - Клетки промежуточного слоя
 - Клетки базального слоя
 - Койлоциты
- Течение папилломавирусной инфекции имеет 3 периода
 - Латентный
 - Субклинический
 - Клинический
 - Хронический
- Дифференциальный диагноз экзофитных кондилом проводят с
 - Контагиозный моллюск
 - Шерокие кондиломы
 - Полиоматические бляшки
 - Аллергический дерматит
- CIN I – это
 - Слабая дисплазия с койлоцитозом, дискератиозом или без них

- в. Умеренная дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 г. Тяжелая дисплазия или карцинома *in situ* с койлоцитозом, дискератозом или без них
 д. Карцинома *in situ*

21. CIN II – это

- а. Слабая дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 б. Умеренная дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 в. Тяжелая дисплазия или карцинома *in situ* с койлоцитозом, дискератозом или без них
 г. Карцинома *in situ*

22. CIN III – это

- а. Слабая дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 б. Умеренная дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 в. Тяжелая дисплазия или карцинома *in situ* с койлоцитозом, дискератозом или без них

23. Назовите редкие формы заболеваний гениталий, ассоциированных с ВПЧ

- а. Папилломы кондилломы
 б. Боеноидный папулез
 в. Болзсин. Боена
 г. Веррукоз генерализованный Лезандовского-Лутца

24. Гистологическая картина CIN I

- а. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от базальной мембраны
 б. Атипичные клетки занимают нижние 2/3 толщины эпителия
 в. Вся толщина эпителия представлена недифференцированными клетками с гиперхромными атипичными ядрами и полиморфизмом клеточных элементов
 г. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от поверхностного слоя

25. Гистологическая картина CIN II

- а. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от базальной мембраны
 б. Атипичные клетки занимают нижние 2/3 толщины эпителия
 в. Вся толщина эпителия представлена недифференцированными клетками с гиперхромными атипичными ядрами и полиморфизмом клеточных элементов
 г. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от поверхностного слоя

26. Гистологическая картина CIN III

- а. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от базальной мембраны
 б. Атипичные клетки занимают нижние 2/3 толщины эпителия
 в. Вся толщина эпителия представлена недифференцированными клетками с гиперхромными атипичными ядрами и полиморфизмом клеточных элементов

- д. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от поверхностного слоя

27. Назовите нормальные кольпоскопические картины

- а. Пунктация
 б. Цилиндрический эпителий
 в. Нормальная зона трансформации
 г. Ороговевшие железы
 д. Многослойный плоский эпителий

28. Назовите аномальные (атипические) кольпоскопические картины

- а. Ороговевшие железы
 б. Атипические сосуды
 в. Атипичный эпителий
 г. Пунктация
 д. Мозаика
 е. Перечислите достоинства кольпоскопии.
 а. Неспецифичность метода
 б. Выявление различных типов эпителия
 в. Оценка размеров и качества патологических образований
 г. Оценка состояния сосудистого рисунка, качества шеечных желез
 д. Возможность прицельно произвести биопсию ткани с наиболее атипическими измененными участками

30. Мазок для цитологического исследования с шейки матки не следует брать;

- а. Ранее 48 ч после полового контакта
 б. Во время менструации
 в. В период лечения от другой генитальной инфекции
 г. Ранее 48 после использования лубрикантов, раствора укуса или Логгала, тампонов или спермицидов
 д. После вагинального исследования или спринцевания
 е. Правила выполнения биопсии

31. Правила выполнения биопсии

- а. Биопсию следует осуществлять под контролем кольпоскопа из наиболее измененного места
 б. Куомекс должен включать поверхностный эпителий и подлежащую строму, желательно захватить и визуально нормальную ткань
 в. Материал после биопсии должен быть удовлетворительного качества, без следов ожога
 г. Материал необходимо фиксировать в максимально короткие сроки после процедуры до его высыхания

32. Современные возможности лечения папилломавирусной инфекции гениталий у женщин включают

- а. Деструкцию экзофитных образований и атипически измененного эпителия
 б. Цитотоксические препараты
 в. Иммунокорригирующие средства
 г. Фотодинамическую терапию
 д. Препараты, действующие на репликацию, транскрипцию и трансформацию ДНК ВПЧ

33. Назовите деструктивные методы лечения

- A. Электротерапия
- B. Криодеструкция
- C. Лазероабляция
- D. Радиоволновый метод
- E. Химическая улитка

34. Назовите недостатки цитотоксических препаратов

- A. Поражают инфицированные клетки
- B. Поражают здоровые клетки
- C. Противопоказаны при беременности
- D. Имеют побочные реакции

35. Какие мероприятия необходимо провести при планировании беременности у женщин с ВПЧ-носительством

- a. Снизить сопутствующей патологии воспалительного генеза
- b. Коррекция микробиосенсола влагалища
- c. Иммуномодуляция, базирующаяся на результатах обследования
- d. Лечение других заболеваний женщины по показаниям

e. Применение средств, влияющих на активность ВПЧ (витамины, адаптогены и др.)

36. Вакцина Гардасил против ВПЧ является

- A. Моновалентной
- B. Бивалентной
- C. Квадριвалентной

37. Вакцина Гардасил предназначена для профилактики заболеваний, вызванных следующими типами ВПЧ:

- A. 6,11
- B. 16,18
- C. 31,35
- D. 42,43

38. Показания для назначения вакцины Гардасил

- A. Дети и подростки в возрасте от 9 до 17 лет
- B. Девочки до начала половой жизни
- C. Молодые женщины в возрасте от 18 до 26 лет
- D. Юноши и девушки в возрасте от 9 до 26 лет

39. Рекомендуемый курс вакцинации состоит из:

- A. 1 дозы
- B. 2 доз и проводится по схеме (0-2 мес)
- C. 3 доз и проводится по схеме (0-2-6 мес)
- D. 4 доз и проводится по схеме (0-2-4-6 мес)

40. Перспективы развития проблемы папилломавирусной инфекции

- A. Дальнейшее изучение, улучшение и внедрение в практику профилактических и терапевтических вакцин
- B. Изучение роли молекулярных биомаркеров
- C. Изобретение и внедрение в практику противовирусных препаратов
- D. Внедрение в практику жидкостной и компьютерной цитологии для повышения эффективности метода

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ И ЗАДАЧИ

Ответы на тестовые задания

1 - A,B,C,D	21 - B
2 - C	22 - C
3 - A,B,C,D	23 - B,C,D
4 - C	24 - A
5 - B	25 - B
6 - C	26 - C
7 - A,B	27 - B,C,E
8 - C	28 - A,B,C,D,E
9 - C	29 - B,C,D,E
10 - A	30 - A,B,C,D,E
11 - B	31 - A,B,C,D
12 - D	32 - A,B,C,D,E
13 - B	33 - A,B,C,D,E
14 - C	34 - B,C,D
15 - A	35 - A,B,C,D,E
16 - D	36 - C
17 - A,D	37 - A,B
18 - A,B,C	38 - A,C
19 - A, B,C,D	39 - C
20 - A	40 - A,B,C,D

Контрольные вопросы

70. Этиология, патогенез ООЯ
71. Современные методы диагностики ООЯ
72. Современные методы лечения ООЯ
73. Современный метод лечения миомы матки.
74. ФУЗ – абляция под контролем МРТ. Показания, противопоказания, методика.
75. Подготовка беременных с миомой матки и эндометриозом к методам ВРТ.
76. Перечислите этиологические моменты возникновения миомы матки.
77. Факторы риска возникновения миомы матки.
78. Укажите типичное расположение узлов миомы матки.
79. Перечислите клинические симптомы, характерные для миомы матки.
80. Какие нарушения менструального цикла наблюдаются при миоме матки
81. Укажите причины кровотечений при миоме матки
82. Какие осложнения возможны при миоме матки.
83. Отметьте противопоказания к консервативному лечению миомы матки.

