

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**

Кафедра акушерства и гинекологии №2

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ФГБОУ ВО СОГМА
Минздрава России, д.м.н.
О.В. Ремизов
«__» _____ 2019 г.



**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ПРОГРАММА – ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

Наименование программы «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи»

Трудоемкость, акад. часы: 72 часа

Вид обучения: повышение квалификации

Форма обучения: очная

Основа обучения: договорная, бюджетная

г. Владикавказ, 2019г.

Программа составлена в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н, Приказ Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».

Программа составлена на основании типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по акушерству и гинекологии, 2008 г.

Составители программы:

Заведующий кафедрой, профессор, д.м.н. Цидаева Татьяна Ильинична,
доцент кафедры, к.м.н. Чельдиева Аида Амурхановна,
ассистент кафедры, к.м.н. Плиева Эмма Губеевна,
доцент кафедры, к.м.н. Салбиева Наталия Георгиевна,
ассистент кафедры, к.м.н. Томаева Кристина Гурамовна

Программа рецензирована:

№ п/п	ФИО	Ученая степень	Ученое звание	Основное место работы, должность
1.	Цаллагова Л.В.	Д.м.н.	Профессор	ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии № 1, зав. кафедрой
2.	Гетоева З.К.	К.м.н.		ГБУЗ РКБ МЗ РСО-А, зам. главного врача по акушерству и гинекологии

Дополнительная профессиональная образовательная программа – программа повышения квалификации «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи» утверждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии № 2, протокол № 5 от «24» октября 2019 г.

Зав. кафедрой,
д.м.н., профессор



Т.И. Цидаева

Дополнительная профессиональная образовательная программа – программа повышения квалификации «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи» утверждена на заседании ЦКУМС, протокол № 1 от «5» ноября 2019 г.

Дополнительная профессиональная образовательная программа – программа повышения квалификации «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи» утверждена на заседании Ученого Совета, протокол № 2 от «26» ноября 2019 г.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2014 г. N 36н
"Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ
медицинского образования по специальности "Акушерство и гинекология"

В соответствии с **частью 3 статьи 82** Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 53, ст. 7598) приказываю:

Утвердить:

примерную дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей со сроком освоения 72 академических часа по специальности " Акушерство и гинекология " согласно **приложению N 1**;

примерную дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей со сроком освоения 144 академических часа по специальности " Акушерство и гинекология " согласно **приложению N 2**;

примерную дополнительную профессиональную программу профессиональной переподготовки врачей по специальности " Акушерство и гинекология " согласно **приложению N 3**.

Министр

В.И. Скворцова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 16 мая 2014 г.

Регистрационный N 32311

* Собрание законодательства Российской Федерации 2013, N 19, ст. 2326; N 23, ст. 2878; N 27, ст. 3462; N 30, ст. 4036; N 48, ст. 6165; 2014, N 6, ст. 562

Приложение N 1
к приказу Министерства
здравоохранения РФ
от 22 января 2014 г. N 36н

Примерная дополнительная профессиональная программа
повышения квалификации врачей со сроком освоения 72 академических часа по
специальности
" Акушерство и гинекология "

• Общие положения

Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-акушеров-гинекологов «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи» со сроком освоения 72 академических часа по специальности «Акушерство и гинекология» заключается в углубленном изучении теоретических знаний и овладении практическими умениями и навыками, обеспечивающими совершенствование профессиональных компетенций врачей для самостоятельной профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации.

Трудоемкость освоения - 72 академических часа (2 недели).

Основными компонентами дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-акушеров-гинекологов по специальности "Акушерство и гинекология" являются:

- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-акушеров-гинекологов по специальности "Акушерство и гинекология";
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- рабочие программы учебных модулей: "Специальные дисциплины";
- организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-акушеров-гинекологов по специальности "Акушерство и гинекология»";
- оценочные материалы и иные компоненты.

В содержании примерной дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей акушеров- по специальности «Акушерство и гинекология» «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи» предусмотрены необходимые знания и практические умения по «Акушерству и гинекологии». Для формирования профессиональных навыков, необходимых для оказания профильной помощи беременным и гинекологическим больным в программе отводятся часы на обучающий симуляционный курс (далее - ОСК).

Программа Обучающего симуляционного курса состоит из двух компонентов:

- 1) Обучающего симуляционного курса, направленного на формирование общепрофессиональных умений и навыков;**
- 2) Обучающего симуляционного курса, направленного на формирование специальных профессиональных умений и навыков.**

Содержание примерной дополнительной профессиональной программы повышения квалификации построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модуля являются разделы. Каждый раздел дисциплины подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент - на подэлементы. Для удобства пользования программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором - код темы (например, 1.1), далее - код элемента (например, 1.1.1), затем - код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, **обучающий симуляционный курс**, семинарские и практические занятия), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. В случае необходимости, учитывая уровень базисных знаний, актуальность задач подготовки врача акушера-гинеколога, по усмотрению заведующего кафедрой могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебными планами программы, в пределах 15% от общего количества учебных часов.

В примерную дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, по специальности «Акушерство и гинекология» включены планируемые результаты обучения. Планируемые результаты обучения направлены на совершенствование профессиональных компетенций врачей акушеров-гинекологов, его профессиональных знаний, умений, навыков. В планируемых результатах отражается

преимущество с профессиональными стандартами и квалификационными характеристиками должностей работников сферы здравоохранения.

В дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, по специальности «Акушерство и гинекология» содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация по примерной дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, по специальности «Акушерство и гинекология» осуществляется посредством проведения экзамена и выявляет теоретическую и практическую подготовку слушателя в соответствии с целями и содержанием программы.

Организационно-педагогические условия реализации программы. Условия реализации примерной дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, по специальности «Акушерство и гинекология» включают:

а) учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам (модулям) специальности;

б) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы обучающихся;

в) материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;

- клинические базы в медицинских организациях, научно-исследовательских организациях Министерства здравоохранения Российской Федерации; ГАРАНТ

в) кадровое обеспечение реализации программы соответствует требованиям штатного расписания кафедры;

г) законодательство Российской Федерации.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности "Акушерство и гинекология" может реализовываться полностью или частично в форме стажировки. Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программы повышения квалификации, и приобретения практических навыков и умений для их эффективного использования при исполнении своих должностных обязанностей. Содержание стажировки определяется образовательными организациями, реализующими дополнительные образовательные программы, с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, а также содержания дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности "Акушерство и гинекология".

II. Планируемые результаты обучения врачей, успешно освоивших дополнительную профессиональную программу - программу повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи» со сроком освоения 72 академических часа по специальности «Акушерство и гинекология»

Характеристика новой квалификации и связанных с ней видов профессиональной деятельности, трудовых функций и (или) уровней квалификации.

**Квалификационная характеристика по должности
«Врач акушер-гинеколог».**

Должностные обязанности. Оказывает квалифицированную медицинскую помощь по специальности "Акушерство и гинекология", используя современные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Определяет тактику ведения больного в соответствии с установленными стандартами. На основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливает (или подтверждает) диагноз. Самостоятельно проводит или организует необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности. Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. Руководит работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

Должен знать: Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных по профилю "акушерство и гинекология"; теоретические аспекты всех нозологий как по профилю "акушерство и гинекология", так и других самостоятельных клинических дисциплин, их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения; общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи; основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы и порядок их проведения; основы санитарного просвещения; организацию акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля; правила оформления медицинской документации; принципы планирования деятельности и отчетности акушерско-гинекологической службы; методы и порядок контроля ее деятельности, теоретические основы, принципы и методы диспансеризации; лекарственного обеспечения населения; основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации – высшее образование – специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности «Акушерство и гинекология».

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы – программы повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов по специальности «Акушерство и гинекология»

У обучающегося совершенствуются следующие общепрофессиональные

компетенции (далее - ОПК):

- способность и готовность использовать [законодательство](#) Российской Федерации в сфере здравоохранения, технические регламенты, международные и национальные стандарты, рекомендации, международную систему единиц (далее - СИ), действующие международные классификации, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ОПК-1);

- способностью и готовность использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию акушерско-гинекологической помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам (ОПК-2).

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее - ПК):

- способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- способность и готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

- **способность и готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10),**

- **способность и готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);**

Характеристика новых ПК, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов по специальности «Акушерство и гинекологии» - «Организация работы первичного звена акушерско-гинекологической помощи»

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (ПК):

- способность и готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);

- способность и готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);

Перечень знаний, умений и навыков врача акушера-гинеколога

По окончании обучения врач акушер-гинеколог должен знать: [Конституцию](#)

Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

-нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;

-современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных по профилю "акушерство и гинекология";

-теоретические аспекты всех нозологий как по профилю "акушерство и гинекология", так и других самостоятельных клинических дисциплин, их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения;

-общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;

-принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи;

-основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы и порядок их проведения;

-основы санитарного просвещения; организацию акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;

-правила оформления медицинской документации;

-принципы планирования деятельности и отчетности акушерско-гинекологической службы; методы и порядок контроля ее деятельности, теоретические основы, принципы и методы диспансеризации; лекарственного обеспечения населения;

-основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины;

-основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

По окончании обучения врач акушер-гинеколог должен уметь:

- диагностировать и правильно интерпретировать результаты дополнительных методов исследования при наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваниях, патологии беременности, родов, послеродового периода;

-. выявлять традиционные и дополнительные факторы риска развития гинекологических заболеваний, патологии беременности, родов, послеродового периода;

-. проводить комплекс мер первичной профилактики заболеваний;

-. определять группы риска по развитию патологии беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний, осуществлять динамический диспансерный контроль;

-. планировать и проводить клиничко-лабораторное обследование, с использованием современных экспертно-диагностических систем и лабораторных тестов;

- назначать патогенетически обоснованное лечение с использованием результатов современных международных и национальных рекомендаций;

- оказывать адекватную неотложную помощь при экстренных ситуациях в акушерстве, гинекологии и перинатологии.

По окончании обучения врач акушер-гинеколог должен владеть навыками:

- самостоятельно интерпретировать результаты современных лабораторных тестов и делать по ним заключения;
- проводить диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний с учетом всего комплекса данных, полученных при обследовании;
- оценивать отдаленный риск развития осложнений в зависимости от анамнеза и данных клинико-лабораторного обследования пациента;
- формулировать диагноз с учетом требований МКБ X и национальных рекомендаций;
- применять в лечении пациентов средства с доказанным плеiotропным или класс-специфическим действием, используя данные доказательной медицины.

III. Требования к итоговой аттестации

Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов по специальности «Акушерство и гинекология» проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача акушера-гинеколога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы - программы повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов по специальности «Акушерство и гинекология».

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу - программу повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов по специальности «Акушерство и гинекологии» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании - удостоверение о повышении квалификации.

IV. Рабочие программы учебных модулей
Раздел 1.

«Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи»

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Теоретические основы охраны здоровья и организация акушерско-гинекологической службы в РФ
1.1.1.	Социально-биологические аспекты здоровья и болезни.
1.1.1.1.	Организм и окружающая среда
1.1.1.2.	Микросоциальная среда и здоровье
1.1.1.3.	Социальные условия жизни и воспроизводства населения
1.1.1.4.	Влияние факторов внешней среды на здоровье матери и ребенка
1.1.2.	Охрана здоровья матери в российском законодательстве
1.1.3.	Развитие системы охраны материнства в РФ
1.1.4.	Социальные аспекты здоровья беременных женщин
1.1.5.	Планирование семьи
1.1.5.1.	Факторы, влияющие на рождаемость.
1.1.5.2.	Социальные и медицинские мероприятия по регулированию рождаемости
1.1.6.	Характеристика современного контингента рожаящих женщин
1.1.7.	Причины материнской смертности и ее профилактика
1.1.8.	Профилактика перинатальной смертности
1.1.8.1.	Структура перинатальной смертности
1.1.8.2.	Причины и профилактика мертворождаемости
1.1.8.3.	Причины и профилактика смертности новорожденных
1.2.	Виды акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения .
1.2.1.	Первичная, специализированная, высокотехнологичная (дорогостоящая) акушерско-гинекологическая помощь
1.2.2.	Уровень акушерско-гинекологических учреждений в зависимости от вида оказания медицинской помощи.
1.3.	Организация амбулаторной акушерско-гинекологической помощи
1.3.1.	Нормативно-правовое обеспечение первичной акушерско-гинекологической помощи

1.3.2.	Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи
1.4.	Организация работы женской консультации.
1.4.1.	Характеристика сети первичной акушерско-гинекологической помощи
1.4.2.	Положение об организации деятельности женской консультации.
1.4.3.	Порядок осуществления деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации.
1.4.4.	Структура женской консультации.
1.4.5.	Примерный табель оснащения кабинета врача акушера-гинеколога.
1.4.6.	Примерный табель оснащения женской консультации.
1.5.	Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи
1.5.1.	Организация деятельности родильного дома
1.5.1.1.	Положение об организации деятельности родильного дома.
1.5.1.2.	Примерный табель оснащения родильного дома.
1.5.1.3.	Основные принципы работы отделений акушерского стационара
1.5.1.4.	Оборудование и оснащение родильного дома и его подразделений
1.5.2.	Основные принципы организации медицинской помощи новорожденным в акушерском стационаре.
1.5.3.	Санитарно-эпидемический режим родильного дома.
1.5.4.	Профилактика внутрибольничной инфекции.
1.5.5.	Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима.
1.5.6.	Санитарно-гигиенический контроль за условиями труда медицинских работников.
1.5.7.	Обеспечение преемственности при госпитализации беременных.
1.6.	Организация деятельности перинатальных центров
1.6.1.	Положение организации деятельности перинатальных центров.
1.6.2.	Структура перинатальных центров.
1.6.3.	Рекомендуемые штатные нормативы медицинского и другого персонала перинатального центра.
1.6.4.	Примерный табель оснащения перинатального центра.
1.6.5.	Основные задачи регионального перинатального центра по совершенствованию акушерской и неонатальной помощи в регионе.
1.7.	Репродуктивное здоровье, факторы, влияющие на его уровень. Критерии , характеризующие репродуктивное здоровье женщин.
1.7.1.	Определение репродуктивного здоровья. ВОЗ.
1.7.2.	Факторы, влияющие на уровень репродуктивного здоровья.
1.7.2.1.	Факторы окружающей среды.
1.7.2.2.	Факторы условий жизни.
1.7.2.3.	Факторы репродуктивного поведения.
1.7.2.4.	Медико-демографические показатели.
1.7.3.	Здоровье девочек-подростков.
1.7.4.	Здоровье беременных женщин.
1.7.5.	Бесплодный брак, медико-социальные и организационные проблемы.
1.7.6.	Здоровье женщины переходного возраста.
1.7.7.	Гинекологическая заболеваемость.
1.8.	Управление, планирование и экономика здравоохранения. Научная организация труда.
1.8.1.	Научные основы управления здравоохранением.
1.8.1.1.	Система управления службой охраны здоровья матери и ребенка.

1.8.1.2.	Задачи и функции главных специалистов и их роль в управлении специализированными видами медицинской помощи.
1.8.2.	Разработка планов работы учреждений.
1.8.3.	Изучение потребности в медицинской аппаратуре и составление заявок.
1.8.4.	Потребность населения в акушерско-гинекологической помощи.
1.8.4.1.	Методика определения норм и нормативов потребности населения в стационарной и амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи.
1.8.4.2.	Методика определения дифференциальных нормативов потребности в койках и общем объеме коечного фонда в отдельном городе, районе, области.
1.8.4.3.	Методы определения потребности населения в специализированных видах медицинской помощи в пределах конкретной территории.
1.8.5.	Система финансирования акушерско-гинекологических учреждений.
1.8.5.1.	Смета учреждений и его разделы.
1.8.5.2.	Порядок составления сметы и методика расчета.
1.8.5.3.	Порядок рассмотрения и утверждения сметы.
1.8.5.4.	Особенности финансирования санитарно-противоэпидемических мероприятий.
1.8.5.5.	Организация контроля в органах и учреждениях здравоохранения за исполнением сметы.
1.8.6.	Основные принципы организация труда.
1.8.7.	Синтез передовых достижений медицинской науки и современных рациональных и организационных форм, платные услуги.
1.8.8.	Подбор, аттестация работников учреждений и современные подходы к формированию нормативов помощи с учетом особенностей региональной патологии и системы организации помощи
1.9.	Санитарная статистика и проблемы демографии
1.9.1.	Статистика и ее роль в здравоохранении.
1.9.1.1.	Предмет и методы санитарной статистики.
1.9.2.	Состояние здоровья населения и его параметры.
1.9.3.	Постарение населения и проблемы герантологии.
1.9.4.	Рождаемость населения.
1.9.5.	Аборт и его социальное значение.
1.9.6.	Смертность населения.
1.9.7.	Приказы, инструкции и другие документы.
1.9.8.	Статистика в акушерско-гинекологических учреждениях.
1.9.8.1.	Методы расчета основных показателей эффективности акушерско-гинекологической помощи.
1.9.8.2.	Анализ деятельности женских консультаций
1.9.8.3.	Анализ деятельности стационара.
1.9.8.4.	Учетно-отчетная документация и показатели деятельности акушерско-гинекологических учреждений.
1.9.8.5.	Статистические методы обработки документов.
1.10.	Российское право в здравоохранении.
1.10.1.	Российское законодательство о здравоохранении и его задачи.
1.10.2.	Право граждан РФ на охрану здоровья и его гарантии.
1.10.3.	Социальное страхование в области охраны здоровья матери и ребенка.
1.10.3.1.	Обеспечение беременных женщин и новорожденных медицинской помощью.

1.10.3.2.	Обеспечение подростков и детей медицинской помощью.
1.10.3.3.	Законодательство об охране труда женщин, в том числе беременных и кормящих матерей.
1.10.3.4.	Оформление усыновления.
1.10.3.5.	Организация юридической помощи в женской консультации.
1.10.4.	Трудовой договор с работниками здравоохранения. Порядок приема на работу и увольнения. Переводы на другую работу. Перемещения.
1.10.4.1.	Совместительство. Заместительство. Совмещение профессий.
1.10.4.2.	Рабочее время работников здравоохранения и время отдыха.
1.10.4.3.	Классификация профессиональных правонарушений медицинских работников, уготовленная ответственность за их совершения.
1.11.	Этика и деонтология врача.
1.11.1.	Медицинская этика и деонтология, объем и содержание понятий «медицинская этика» и «медицинская деонтология».
1.11.1.1.	Медицинская деонтология как единство нравственных и правовых норм медицинской деятельности.
1.11.1.2.	Применение требований врачебной деонтологии в практике врача.
1.11.1.3.	Деонтология в акушерстве и гинекологии. Взаимоотношения медицинского персонала и пациента, родственников.
1.11.1.4.	Взаимоотношения в медицинском коллективе (врач, медсестра, акушерка).
1.11.1.5.	Врачебная тайна.
1.11.1.	Деонтология в различных структурах, функциональных подразделениях акушерско-гинекологических учреждений.
1.12.	Санитарно-просветительная работа.
1.12.1.	Санитарно-просветительная работа в женской консультации.
1.12.1.1.	Формы и методы санитарно-просветительной работы (групповая, индивидуальная).
1.12.1.2.	Обучение женщин соблюдению гигиенических правил в различные сроки беременности.
1.12.1.3.	Санитарно-просветительная работа среди девочек-подростков.
1.12.1.4.	Санитарно-просветительная работа среди родильниц.
1.12.1.5.	Санитарно-просветительная работа среди больных с различными гинекологическими заболеваниями.
1.12.2.	Санитарно-просветительная работа в родильном доме.
1.12.2.1.	Санитарно-просветительная работа в пренальной комнате.
1.12.2.2.	Санитарно-просветительная работа в палатах и комнатах отдыха акушерских отделений.
1.12.2.3.	Санитарно-просветительная работа в родовых отделениях.
1.12.2.4.	Санитарно-просветительная работа в послеродовых палатах физиологического и наблюдательного отделений.
1.12.2.5.	Санитарно-просветительная работа в посетительской родильного дома.
1.12.2.6.	Санитарно-просветительная работа в гинекологическом отделении.

Раздел 2.

«Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии»

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.1.	Клинические и лабораторные методы исследования.
2.1.1.	Клинические методы исследования
2.1.2.	Методы функциональной диагностики

2.1.2.1.	Измерение базальной температуры
2.1.2.2.	Гормональная кольпоцитология
2.1.2.3.	Шеечный индекс
2.1.2.4.	Штрих-биопсия (ЦУГ) эндометрия
2.1.2.5.	Гормональные пробы
2.1.3.	Лабораторные методы исследования
2.1.3.1.	Биохимические.
2.1.3.2.	Иммунологические.
2.1.3.3.	Бактериоскопические.
2.1.3.4.	Бактериологические.
2.1.3.5.	Гормональные.
2.1.3.6.	Генетические.
2.1.3.7.	Микробиологические.
2.1.3.8.	Цитологические.
2.2.	Морфологические методы исследования
2.2.1.	Исследования в акушерстве.
2.2.1.1.	Электронная микроскопия.
2.2.1.2.	Гистохимическое исследование.
2.2.1.3.	Люминисцентная микроскопия.
2.2.2.	Исследования в гинекологии.
2.2.2.1.	Электронная микроскопия.
2.2.2.2.	Гистохимическое исследование.
2.2.2.3.	Люминисцентная микроскопия.
2.3.	Ультразвуковое исследование в акушерстве и гинекологии.
2.3.1.	Физическое и биологическое действие ультразвука
2.3.2.	Эхографическая анатомия передней брюшной стенки и органов малого таза
2.3.3.	Ультразвуковое исследование в I триместре беременности
2.3.4.	Ультразвуковая диагностика патологии в первой половине беременности
2.3.5.	Ультразвуковое исследование во II и III триместрах беременности
2.3.6.	Ультразвуковое исследование плаценты и пуповины
2.3.7.	Оценка качества и количества околоплодных вод
2.3.8.	Ультразвуковое исследование в послеродовом периоде
2.3.9.	Ультразвуковое исследование матки и яичников
2.3.10.	Ультразвуковая диагностика опухолевидных и опухолевых образований яичника
2.3.11.	Ультразвуковая диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза
2.3.12.	Ультразвуковая диагностика трофобластической болезни
2.3.13.	Ультразвуковые методы исследования, основанные на эффекте Допплера в акушерстве и гинекологии
2.3.14.	Ультразвуковое исследование молочных желез.
2.4.	Электрофизиологические методы исследования матери и плода
2.4.1.	Методы исследования матери и плода
2.4.2.	Кардиомониторное исследование
2.4.3.	Методы исследования сократительной функции матки
2.4.3.1.	Токография
2.5.	Рентгенологические методы исследования
2.5.1	Гистеросальпингография

2.5.2	Рентгенография черепа
2.5.3	Костная денситометрия
2.5.4.	Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография.
2.5.5.	Компьютерная томография (КТ).
2.5.6.	Показания для КТ
2.5.7.	Магнитно-резонансная томография (МРТ)
2.6.	Эндоскопические методы исследования в акушерстве и гинекологии
2.7.1	Исследования в акушерстве.
2.7.1.1	Амниоскопия.
2.7.1.2	Фетоскопия.
2.7.2.	Исследования в гинекологии.
2.7.2.1	Гистероскопия (показания, противопоказания).
2.7.2.2	Лапароскопия (показания, противопоказания).

Раздел 3.

«Аntenатальная охрана плода и перинатальная

патология»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1.	Аntenатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода
3.1.1.	Антигенная несовместимость крови матери и плода по системе АВО и резус-фактору.
3.1.1.1	Клиника, диагностика, лечение.
3.1.1.2.	Ведение беременности. Профилактика сенсибилизации, реабилитация.
3.2.	Невынашивание беременности (по триместрам ее развития).
3.2.1.	Невынашивание беременности в I триместре.
3.2.1.1.	Причины, клиника, диагностика, лечение.
3.2.1.2.	Профилактика.
3.2.2.	Невынашивание беременности во II триместре.
3.2.2.1.	Причины, клиника, диагностика, лечение.
3.2.2.2.	Профилактика.
3.2.3.	Невынашивание беременности в III триместре беременности.
3.2.3.1	Причины, клиника, диагностика, лечение.
3.2.3.2	Профилактика.
3.3.	Переношенная беременность.
3.3.1.	Причины, клиника, диагностика, лечение.
3.3.2.	Ведение беременности и родов, влияние на плод .
3.3.3.	Профилактика перенашивания беременности.
3.4.	Гипоксия и отставание внутриутробного развития плода.
3.4.1.	Хроническая гипоксия плода.
3.4.1.1	Причины, клиника, диагностика, лечение.
3.4.1.2	Профилактика.
3.4.2.	Острая гипоксия плода. Внутричерепные кровоизлияния.
3.4.2.1.	Профилактика.
3.4.3.	Дыхательный дистресс-синдром.
3.4.3.1	Методы профилактики.
3.4.4.	Задержка внутриутробного развития плода (внутриутробная гипотрофия).
3.4.4.1.	Причины, диагностика, терапия.
3.4.4.2.	Профилактика.

3.6.	Аntenатальные повреждающие факторы
3.6.1.	Инфекционные факторы.
3.6.2.	Неинфекционные факторы.

Раздел 4

«Патологическое и оперативное акушерство»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов.
4.1.	Патологическое акушерство.
4.1.1	Анатомический узкий таз.
4.1.2.	Клинически узкий таз.
4.1.3.	Неправильные положения плода: косое и поперечное.
4.1.4.	Разгибательные предлежания плода.
4.1.5.	Тазовые предлежания плода.
4.1.6.	Аномалии родовой деятельности.
4.1.7	Многоплодная беременность.
4.2.	Оперативное акушерство
4.2.1.	Прерывание беременности ранних сроков.
4.2.1.1.	Обследование беременных.
4.2.1.2.	Показания, противопоказания.
4.2.1.3.	Обезболивание.
4.2.1.4.	Осложнения и их профилактика.
4.2.1.5.	Внутриматочная контрацепция в послеабортном и послеродовом периодах.
4.2.2.	Современные методы прерывания беременности поздних сроков .
4.2.2.1.	Обследование беременных.
4.2..2.	Показания, противопоказания.
4.2.2.3.	Обезболивание.
4.2.2.4.	Осложнения и их профилактика.
4.2.3.	Внебольничный аборт.
4.2.4.	Кесарево сечение в современном акушерстве.
4.2.4.1.	Показания.
4.2.4.2.	Противопоказания к брюшностеночному и трансперитониальному кесареву сечению.
4.2.4.3.	Методы операции.
4.2.4.4.	Предоперационная подготовка.
4.2.4.5.	Ведение послеоперационного периода.
4.2.4.6.	Осложнения и их профилактика.

Раздел 5.

«Экстрагенитальная патология у гинекологических больных и беременных»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов.
5.1	Беременность и заболевания органов дыхания .
5.1.1.	Бронхиальная астма (БА).
5.1.1.1.	Формы и классификация БА.
5.1.1.2.	Факторы, потенциально влияющие на динамику БА.
5.1.1.3.	Влияние БА на течение беременности и плод и влияние беременности на течение БА.
5.1.1.4.	Обследование.
5.1.1.5.	Профилактика осложнений у беременной с БА.

5.1.1.6.	Особенности лечения БА во время беременности, родов и в послеродовом периоде.
5.1.1.7.	Диспансерное наблюдение беременной с БА.
5.1.2.	Туберкулез легких.
5.1.2.1.	Формы туберкулеза легких.
5.1.2.2.	Особенности течения беременности и влияния на плод и новорожденного.
5.1.2.3.	Обследование беременных с туберкулезом легких.
5.1.2.4.	Особенности лечения во время беременности, и в послеродовом периоде.
5.2.	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта.
5.2.1.	Заболевания печени, желчевыводящих путей и беременность (гепатит, цирроз, холецистит, желчекаменная болезнь).
5.2.1.1.	Классификация и диагностика.
5.2.1.2.	Клиника.
5.2.1.3.	Особенности течения и ведения беременности.
5.2.1.4.	Показания к госпитализации.
5.2.1.5.	Показания к прерыванию беременности.
5.2.1.6.	Лечение , выбор лекарственной терапии.
5.2.1.7.	Ведение родов и послеродового периода.Реабилитация.
5.2.2.	Аппендицит и беременность.
5.2.2.1.	Классификация.
5.2.2.2.	Клиника.
5.2.2.3.	Диагностика и диффдиагностика.
5.2.2.4.	Показания к операции.
5.2.2.5.	Методы и объем оперативного вмешательства.
5.2.2.6.	Ведение послеоперационного периода.
5.2.3.	Панкреатит и беременность.
5.2.3.1.	Клиника. Диагностика и диффдиагностика.
5.2.3.2.	Ведение беременности и родов.
5.2.3.3.	Показания к прерыванию беременности.
5.2.3.4.	Лечение.
5.2.3.5.	Реабилитация.
5.2.4.	Заболевания желудка и беременность (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, гастрит, язвенная болезнь).
5.2.4.1.	Клиника. Диагностика.
5.2.4.2.	Ведение беременности и родов.
5.2.4.3.	Показания к прерыванию беременности.
5.2.4.4.	Лечение. Реабилитация.
5.2. 5.	Заболевания кишечника и беременность (запоры, энтероколит)
5.2. 5.1.	Этиология и патогенез.
5.2. 5.2.	Клиника. Диагностика.
5.2. 5.3.	Ведение беременности и родов.
5.2. 5.4.	Лечение. Реабилитация.
5.2.6.	Пищевая токсикоинфекция и беременность.
5.2.6.1.	Клиника. Диагностика.
5.2.6.2.	Ведение беременности и родов.
5.2.6.3.	Лечение. Реабилитация.
5.2.7.	Кишечная непроходимость и беременность.
5.2.7.1.	Этиология и патогенез.

5.2.7.2.	Клиника. Диагностика, диффдиагностика.
5.2.7.3.	Ведение беременности и родов.
5.2.7.4.	Показания, объем операции, ведение послеоперационного периода.
5.2.7.5.	Выбор лекарственной терапии, реабилитация.
5.3.	Беременность и заболевания органов мочевого выделения.
5.3.1.	Изменения мочевыделительной системы во время беременности.
5.3.2.	Бессистемная бактериурия беременных.
5.3.2.1.	Диагностика. Лечение.
5.3.3.	Инфекция нижних мочевыводящих путей (ИНМП) (уретрит, цистит)
5.3.3.1.	Факторы риска, классификация.
5.3.3.2.	Клиника.
5.3.3.3.	Обследование при (ИНМП).
5.3.3.4.	Лечение. Критерии эффективности.
5.3.3.5.	Осложнения беременности при (ИНМП), их профилактика во время беременности и в послеродовом периоде.
5.3.4.	Инфекция верхних мочевыводящих путей (ИВМП) (пиелонефрит).
5.3.4.1.	Факторы риска, классификация.
5.3.4.2.	Клиника.
5.3.4.3.	Обследование при (ИВМП).
5.3.4.4.	Лечение: принципы, продолжительность, состав, выбор антибиотика, показания и способы нормализация пассажа мочи. Оценка эффективности терапии.
5.3.4.5.	Показания к прерыванию беременности при (ИВМП) и его методы.
5.3.4.6.	Показания к досрочному родоразрешению при (ИВМП).
5.3.5.	Особенности ведения родов и послеродового периода при ИМП. Реабилитация пациенток.
5.3.6.	Профилактика ИМП в женской консультации.
5.3.7.	Болезни почек неинфекционного генеза (гломерулонефрит, туберкулез, МКБ).
5.3.7.1.	Особенности течения беременности, лечение и профилактика осложнений со стороны матери и фетоплацентарного комплекса.
5.3.7.2.	Влияние используемых лекарственных средств на плод.
5.3.7.3.	Диагностика.
5.3.7.4.	Особенности ведения родов и послеродового периода.
5.3.7.5.	Профилактика обострений во время беременности и послеродового периода. Реабилитация.
5.3.7.	Почечная недостаточность.
5.3.7.1.	Причина. Клиника. Диагностика.
5.3.7.2.	Принципы терапии. Эфферентные методы лечения. Оценка эффективности терапии.
5.3.7.3.	Показания к прерыванию беременности и досрочному родоразрешению.
5.4.	Эндокринная патология и беременность.
5.4.1.	Сахарный диабет.
5.4.1.1.	Классификация. Факторы риска. Клиника.
5.4.1.2.	Диагностика. Диффдиагностика различных форм. Определение степени тяжести.
5.4.1.3.	Осложнения гестационного процесса. При сахарном диабете.
5.4.1.4.	Лечение, профилактика.

5.4.1.5.	Дифференциальная диагностика ком.
5.4.1.6.	Неотложная помощь.
5.4.1.7.	Особенности родоразрешения при сахарном диабете. Профилактика осложнений. Показания к кесареву сечению.
5.4.1.8.	Ведение послеродового периода. Реабилитация.
5.4.2.	Несахарный диабет.
5.4.2.1.	Клиника. Диагностика. Лечение.
5.4.2.2.	Течение беременности, родов и послеродового периода.
5.4.2.3.	Реабилитация.
5.5.7.	Беременность и заболевания крови.
5.5.7.1.	Анемия. Классификация.
5.5.7.2.	Факторы и группы риска. Клиника.
5.5.7.3.	Диагностика. Дифференциальная диагностика.
5.5.7.4.	Лечение. Принципы медикаментозной терапии. Оценка эффективности.
5.5.7.5.	Характерные осложнения беременности и родов. Их профилактика.
5.5.7.6.	Прогноз для плода.
5.5.8.	Гемобласты.
5.5.8.1.	Клиника. Диагностика.
5.5.8.2.	Лечение.
5.5.8.3.	Показания к прерыванию беременности.
5.5.8.4.	Осложнения беременности. Тактика.
5.5.8.5.	Наблюдение и ведение в послеродовом периоде.
5.5.9.	Наследственные нарушения гомостаза (болезнь фон Виллибранта, гемофилия А, Б).
5.5.9.1.	Диагностика. Лечение.
5.5.9.2.	Осложнения во время беременности, профилактика и лечение.
5.5.9.3.	Родоразрешение. Профилактика осложнений.
5.5.9.4.	Особенности наблюдения и ведения в послеродовом периоде.
5.6.	Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.
5.6.7.	Врожденные и приобретенные пороки сердца.
5.6.7.1.	Особенности гемодинамики при отдельных пороках во время беременности родов и в послеродовом периоде.
5.6.7.2.	Обследование. Оценка степени сердечной недостаточности. Оценка степени активности ревматического процесса. Прогноз.
5.6.7.3.	Особенности течения беременности, осложнения, их профилактика, сроки и показания к госпитализации.
5.6.7.4.	Показания к прерыванию беременности и досрочному родоразрешению.
5.6.7.5.	Показания к оперативному лечению во время беременности и его объем.
5.6.7.6.	Особенности ведения беременных с различными пороками сердца.
5.6.7.7.	Выбор тактики родоразрешения.
5.6.7.8.	Особенности ведения родов через естественные родовые пути и ведение раннего послеродового периода.
5.6.7.9.	Ведение послеродового периода у родильниц с пороками сердца.
5.6.8.	Нарушение регуляции сосудистого тонуса: артериальная гипертензия.
5.6.8.1.	Классификация. Обследование.
5.6.8.2.	Особенности течения беременности. Влияние на фетоплацентарную систему. Профилактика осложнений.

5.6.8.3	Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Влияние гипотензивных препаратов различных фармакологических групп на плод.
5.6.8.4.	Особенности клинического течения и ведения родов. Характерные осложнения и их профилактика.
5.6.9.	Нарушение регуляции сосудистого тонуса: артериальная гипотензия.
5.6.9.1.	Определение понятия. Обследование.
5.6.9.2.	Особенности течения беременности. Влияние на фетоплацентарную систему. Профилактика осложнений.
5.6.9.3.	Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Влияние антигипотензивных препаратов различных фармакологических групп на плод.
5.6.9.4.	Послеродовое наблюдение и реабилитация.
5.6.10.	Инфекционные эндо- и миокардиты.
5.6.10.1.	Этиология, классификация.
5.6.10.2.	Клиника. Диагностика.
5.6.10.3.	Особенности клиники во время беременности и послеродовом периоде.
5.6.10.4.	Лекарственная тактика.
5.7.	Беременность и инфекционные, паразитарные заболевания
5.7.1.	Вирусные заболевания (грипп, гепатиты А,В,С, ЦМВ,ВПГ,ВПЧ).
5.7.1.1.	Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
5.7.1.2.	Особенности течения и ведения беременности родов и послеродового периода.
5.7.1.3.	Влияние на плод и ребенка.
5.7.1.4.	Лечение.
5.7.2.	Токсоплазмоз и беременность.
5.7.2.1.	Этиология и патогенез.
5.7.2.2.	Клинические формы и диагностика.
5.7.2.3.	Влияние на плод и ребенка.
5.7.2.4.	Особенности лечения во время беременности, реабилитация.
5.7.3.	Глистные инвазии и беременность.
5.7.3.1.	Клиника. Диагностика.
5.7.3.2.	Особенности лечения во время беременности.
5.7.4.	Малярия, бруцеллез, листериоз и другие инфекционные заболевания и беременность.
5.7.4.1.	Этиология и патогенез.
5.7.4.2.	Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
5.7.4.3.	Лечение.
5.7.4.4.	Влияние на плод и ребенка.
5.7.4.5.	Особенности течения и ведения беременности родов и послеродового периода, реабилитация.
5.7.5.	ЗППП (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидийная, микоплазменная и уреаплазменная инфекции).
5.7.5.1.	Этиология и патогенез.
5.7.5.2.	Клиника.
5.7.5.3.	Диагностика. Дифференциальная диагностика.
5.7.5.4.	Лечение.
5.7.5.5.	Влияние на плод и ребенка.
5.7.5.6.	Особенности течения и ведения беременности родов и послеродового периода, реабилитация.

5.7.6.	Бактериальный вагиноз.
5.7.6.1.	Этиология и патогенез.
5.7.6.2.	Клиника. Диагностика.
5.7.6.3.	Лечение.
5.7.6.4.	Особенности течения и ведения беременности родов и послеродового периода.
5.8.	Беременность и заболевания других органов.
5.8.1.	Миопия. Тактика во время беременности. Профилактика осложнений.
5.8.1.1.	Офтальмологическое обследование для определения тактики родоразрешения.
5.8.1.2.	Оптимальная тактика родоразрешения и методы анестезии и анальгезии родового акта .
5.8.1.3.	Лечение миастенического криза.
5.8.1.4.	Особенности ведения родов: методы обезболивания.
5.8.2.	Эпилепсия.
5.8.2.1.	Осложнения беременности при эпилепсии и приеме противосудорожных препаратов. Профилактика осложнений.
5.8.2.2.	Влияние противосудорожных препаратов на плод и новорожденного.
5.8.2.3.	Эпилептический статус. Тактика.
5.8.2.4.	Обследование беременных с эпилепсией.
5.8.2.5.	Особенности ведения родов. Профилактика осложнений.
5.8.2.6.	Наблюдение в послеродовом периоде. Рекомендации при выписке из роддома.
5.8.2.7.	Противосудорожная терапия и грудное вскармливание: влияние на новорожденного.
5.8.3.	Другие заболевания нервной системы.
5.8.3.1.	Клиника. Диагностика.
5.8.3.2.	Лечение. Профилактика осложнений.
5.8.3.3.	Показания к прерыванию беременности.
5.8.3.4.	Выбор тактики родоразрешения., анестезиологического пособия.
5.9.	Экстрагенитальная патология у гинекологических больных .
5.9.1.	Заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, состояния после перенесенного инфаркта миокарда, миокардит, ГБ и гипотоническая болезнь).
5.9.1.1.	Клиника.
5.9.1.2.	Диагностика.
5.9.1.3.	Лечение.
5.9.1.4.	Предоперационная подготовка.
5.9.1.5.	Ведение послеоперационного периода.
5.9.1.6.	Реабилитация.
5.9.2.	Заболевания органов дыхания (хроническая пневмония, бронхит, пневмосклероз, бронхиальная астма, туберкулез).
5.9.2.1.	Клиника.
5.9.2.2.	Диагностика.
5.9.2.3.	Лечение.
5.9.2.4.	Предоперационная подготовка.
5.9.2.5.	Ведение послеоперационного периода.
5.9.2.6.	Реабилитация.
5.9.3.	Эндокринная патология (сахарный диабет,заболевания гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной железы и надпочечников)

5.9.3.1.	Клиника.
5.9.3.2.	Диагностика.
5.9.3.3.	Лечение.
5.9.3.4.	Предоперационная подготовка.
5.9.3.5.	Ведение послеоперационного периода.
5.9.3.6.	Реабилитация.
5.9.4.	Заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, МКБ, туберкулез, гидронефроз)
5.9.4.1.	Клиника.
5.9.4.2.	Диагностика.
5.9.4.3.	Лечение.
5.9.4.4.	Предоперационная подготовка.
5.9.4.5.	Ведение послеоперационного периода.
5.9.4.6.	Реабилитация.
5.9.5.	Заболевания ЖКТ (гепатит, цирроз, желче-каменная болезнь, язвенная болезнь).
5.9.5.1.	Клиника.
5.9.5.2.	Диагностика.
5.9.5.3.	Лечение.
5.9.5.4.	Предоперационная подготовка.
5.9.5.5.	Ведение послеоперационного периода.
5.9.5.6.	Реабилитация.
5.9.6.	Заболевания крови (анемия, лейкоз, геморрагические диатезы)
5.9.6.1.	Предоперационная подготовка.
5.9.6.2.	Ведение послеоперационного периода.
5.9.6.3.	Реабилитация.
5.9.7.	Инфекционные заболевания (вирусные, токсико-септические, брюшной тиф, бруцеллез).
5.9.7.1.	Предоперационная подготовка.
5.9.7.2.	Ведение послеоперационного периода.
5.9.7.3.	Реабилитация.

Раздел 6.

«Кровотечения в акушерстве. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
6.1	Кровотечения в акушерстве
6.1.1	Кровотечения во время беременности
6.1.1.1.	Предлежание плаценты
6.1.1.2.	Классификация
6.1.1.3.	Этиология и патогенез.
6.1.1.4.	Группы риска
6.1.1.5.	Диагностика
6.1.1.6.	Клиника
6.1.1.7.	Лечение
6.1.1.8.	Профилактика
6.1.2.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
6.1.2.1.	Этиология и патогенез.

6.1.2.2.	Группы риска
6.1.2.3.	Диагностика
6.1.2.4.	Клиника
6.1.2.5.	Лечение
6.1.2.6.	Профилактика
6.1.3.	Кровотечения при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки.
6.1.3.1.	Диагностика.
6.1.3.2.	Клиника. Лечение
6.1.3.3.	Профилактика.
6.1.3.4.	Кровотечения во время родов
6.1.4.	Предлежание плаценты.
6.1.4.1.	Классификация
6.1.4.2.	Этиология и патогенез.
6.1.4.3.	Группы риска
6.1.4.4.	Диагностика
6.1.4.5.	Клиника
6.1.4.6.	Лечение
6.1.5.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
6.1.5.1.	Этиология и патогенез.
6.1.5.2.	Группы риска
6.1.5.3.	Диагностика
6.1.5.4.	Клиника
6.1.5.5.	Лечение (показания к оперативному лечению)
6.1.5.6.	Профилактика
6.1.6.	Нарушения механизма отделения и выделения плаценты.
6.1.6.1.	Этиология и патогенез.
6.1.6.2.	Клиника. Диагностика.
6.1.6.3.	Лечение и профилактика.
6.1.7.	Приращение плаценты.
6.1.7.1.	Этиология и патогенез.
6.1.7.2.	Группы риска.
6.1.7.3.	Клиника. Диагностика.
6.1.7.4.	Лечение и профилактика.
6.2.	Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах.
6.2.1.	Гипотонические кровотечения.
6.2.1.1.	Этиология и патогенез.
6.2.1.2.	Группы риска.
6.2.1.3.	Клиника. Диагностика.
6.2.1.4.	Лечение (консервативное и хирургическое).
6.2.1.5.	Профилактика.
6.2.2.	Поздние послеродовые кровотечения.
6.2.2.1.	Этиология и патогенез.
6.2.2.2.	Клиника. Диагностика.
6.2.2.3.	Лечение.
6.2.2.4.	Профилактика.
6.3.	ДВС – синдром в акушерстве и гинекологии.
6.3.1.	Физиология системы гемостаза.

6.3.1.1.	Физиологические изменения в системы гемостаза, обусловленные беременностью.
6.3.2.1.	Этиология и патогенез ДВС – синдрома.
6.3.2.2.	Заболевания , осложняющиеся ДВС – синдромом.
6.3.2.3.	Основные механизмы развития ДВС – синдрома (порожение эндотелия сосудов, тромбопластические вещества, попадающие в кровь, первичное поражение тромбоцитов иммунными комплексами)
6.3.2.4.	Гиперкоагуляционный синдром
6.3.2.5.	Клиника ДВС – синдрома.
6.3.2.6.	Стадии развития синдрома.
6.3.2.7.	Осложнения ДВС – синдрома (СПОН - синдром полиорганной недостаточности: шоковые почки, шоковое легкое).
6.3.2.8.	Диагностика.
6.4.	Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.
6.5.	Гравитационная хирургия крови в акушерстве и гинекологии, клинической медицине.

Раздел 7. «Токсикозы беременности»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов.
7.1	Ранние токсикозы.
7.1.1	Классификация токсикозов первой половины беременности.
7.1.2.	Патогенетические механизмы развития. Группы риска.
7.1.3.	Клинические проявления, определение степени тяжести.
7.1.4.	Показания к госпитализации.
7.1.5.	Принципы и оценка эффективности патогенетически обоснованной терапии.
7.1.6.	Показания к прерыванию беременности.
7.1.7.	Особенности дальнейшего ведения беременности.
7.2.	Гестоз.
7.2.1.	Факторы риска развития гестоза.
7.2.2.	Современные представления об этиопатогенезе .
7.2.3.	Профилактика гестоза в женской консультации.
7.2.4.	Классификация международная (МКБ – 10) и отечественная (РОАГ). Определение степени тяжести
7.2.5.	Клинические проявления гестоза, использование современных методов ранней диагностики
7.2.6.	Осложнения беременности при гестозе для плода. Состояние ФПС при гестозе.
7.2.7.	Осложнения гестоза для женщины: клиника, диагностика, интенсивная терапия
7.2.8.	Особенности ведения беременности при гестозе.
7.2.9.	Патогенетически обоснованная интенсивная медикаментозная терапия гестоза.
7.2.10.	Оценка эффективности терапии гестоза
7.2.11.	Принципы и методы родоразрешения при гестозе.
7.2.12.	Показания к досрочному родоразрешению.
7.2.13.	Осложнения родового акта при гестозах, их профилактика.

7.2.14.	Особенности ведения родов через естественные родовые пути
7.2.15.	Особенности клинического течения и ведения послеродового периода.
7.2.16.	Реабилитация женщин в стационаре и в женской консультации.

Раздел 8.

«Травматизм в акушерстве и гинекологии»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементы.
8.1.	Травматизм в акушерстве
8.1.1.	Разрывы наружных половых органов, промежности, клитора. Патогенез, тактика, профилактика.
8.1.2.	Разрывы шейки матки, влагалища, гематомы. Патогенез, тактика, профилактика.
8.1.3.	Разрывы матки во время беременности, в родах. Патогенез, тактика, профилактика.
8.1.4.	Разрыв лонного сочленения. Патогенез, тактика, профилактика.
8.1.5.	Травмы смежных органов. Патогенез, тактика, профилактика.
8.1.6.	Травматизм при прерывании беременности в первом триместр. Патогенез, тактика, профилактика.
8. 2.	Травматизм при акушерских и гинекологических операциях.
8. 2.1.	Классификация.
8. 2.2.	Тактика.
8. 2.3.	Профилактика.

Раздел 9.

«Эндокринология в акушерстве и гинекологии»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов.
9.1.	Эндокринология репродуктивной системы.
9. 1.1.	Нейроэндокринология репродукции .
9. 1.1.1.	Гипоталамический контроль репродуктивной системы.
9. 1.1.2.	Гонадотропная функция гипофиза в регуляции менструального цикла.
9. 1.1.3.	Другие гипофизарные гормоны в регуляции функций репродуктивной системы.
9. 1.2.	Периферические эндокринные железы.
9. 1.2.1.	Яичник-морфология и эндокринная функция.
9. 1.2.2.	Аутокринная и паракринная регуляция фолликулогенеза и стероидогенеза.
9. 1.2.3.	Надпочечники, щитовидная железа и другие железы внутренней секреции в функционировании репродуктивной системы.
9. 1.3.	Гормоны и рецепторы.
9. 1.3.1.	Основные группы гормонов.
9. 1.3.2.	Биосинтез стероидных гормонов в яичниках и надпочечниках.
9. 1.3.3.	Метаболизм стероидных гормонов.
9. 1.3.4.	Рецепторы гормонов, механизм действия.
9. 1.3.5.	Гормонспецифические эффекты в различных органах и тканях.
9.1.4.	Репродуктивная система в различные возрастные периоды.
9.1.4.1.	Период становления репродуктивной системы.
9.1.4.2.	Репродуктивный период.
9.1.4.3.	Менопаузальный переход и постменопауза.
9.1.5.	Методы обследования в гинекологической эндокринологии.
9.1.5.1.	Клинические симптомы эндокринных расстройств.
9.1.5.2.	Биохимические исследования крови и мочи.

9.1.5.3.	Инструментальная диагностика.
9.2.	Эндокринная патология репродуктивной системы.
9.2.1.	Патология полового созревания.
9.2.1.1.	Нарушения половой дифференцировки.
9.2.1.2.	Преждевременное половое созревание.
9.2.1.3.	Задержка полового созревания.
9.2.2.	Аменорея.
9.2.2.1.	Гипоталамическая аменорея.
9.2.2.2.	Гиперпролактинемия.
9.2.2.3.	Центральная аменорея органического генеза.
9.2.2.4.	Аменорея на фоне гипофизарной недостаточности.
9.2.2.5.	Аменорея яичникового генеза.
9.2.2.6.	Аменорея маточного генеза.
9.2.2.7.	Этиопатогенетическая дифференциальная диагностика аменореи.
9.2.3.	Расстройства менструального цикла.
9.2.3.1.	Аномальные маточные кровотечения.
9.2.3.2.	Дисменорея.
9.2.3.3.	Предменструальный синдром.
9.2.4.	Гипергонадотропные нарушения менструальной функции.
9.2.4.1.	СПКЯ.
9.2.4.2.	Надпочечниковые формы гиперандрогении.
9.2.4.3.	Другие формы гиперандрогении.
9.2.4.4.	Дифференциальная диагностика заболеваний сопровождающихся гиперандрогенией.
9.2.5.	Эндокринное бесплодие.
9.2.5.1.	Расстройства овуляции и их диагностика.
9.2.5.2.	Методы восстановления овуляции.
9.2.5.3.	Вспомогательные репродуктивные технологии.
9.2.6.	Гормональная контрацепция.
9.2.7.	Менопауза и заместительная гормональная терапия.
9.2.7.1.	Климактерические расстройства.
9.2.7.2.	Урогенитальные расстройства.
9.2.7.3.	Остеопароз.
9.2.7.4.	Постоварэктомический синдром.
9.2.7.5.	Синдром истощения яичников.
9.2.8.	Эндокринные заболевания и репродуктивная система.
9.2.9.	Дисгормональные заболевания молочных желез.
9.2.10.	Акушерская эндокринология. Роль плацентарных гормонов в оценке фетоплацентарного комплекса.
9.2.10.1.	Эндокринные аспекты невынашивания беременности.
9.2.10.2.	Гормонотерапия при невынашивании беременности.
9.2.10.3.	Беременность и эндокринная патология.
9.2.10.4.	Беременность и сахарный диабет.
9.2.10.5.	Беременность и заболевания щитовидной железы.
9.2.10.6.	Беременность и патология надпочечников.

Раздел 10.**«Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии»**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов.
10.1	Септические заболевания в акушерстве
10.2.	Воспалительные заболевания половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (неспецифические)
10.3.	Воспалительные заболевания половых органов (специфические)
10. 4.	Септические заболевания в гинекологии
10.5.	Герпес, цитомегаловирус, краснуха, токсоплазмоз

Раздел 11.**«Оперативная гинекология»**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
11.1	Предоперационная подготовка
11. 2.	Диагностические операции
11. 3.	Операции на матке
11. 4.	Операции на придатках
11.5.	Операции при злокачественных опухолях половых органов
11.6.	Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадении матки. Операции на шейке матки
11.7.	Оперативные вмешательства при аномалиях развития женских половых органов
11.8.	Восстановительные операции при травме и свищах кишечника и мочевыводящих путей
11.9.	Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном периоде

Раздел 12.**«Новообразования женских половых органов и молочных желез»**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
12.1	Предопухолевые заболевания женских половых органов
12.2.	Опухолевидные заболевания яичников
12.3.	Доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов
12.4.	Злокачественные опухоли
12.5.	Дисгормональные заболевания молочных желез

Раздел 13.**«Острый живот в гинекологии»**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
13.1	Острый живот при кровотечениях в брюшную полость
13.2.	Острый живот при воспалительных заболеваниях женских половых органов
13.3.	Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей половых органов

Раздел 14.**«Эндометриоз»**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
14.1	Эндометриоз матки (аденомиоз)
14. 2.	Наружный эндометриоз
14. 3.	Экстрагенитальный эндометриоз

**Раздел 15.
«Бесплодие»**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
15.1	Эндокринное бесплодие
15.2.	Трубно-перитонеальное бесплодие
15.3.	Другие формы бесплодия
15.4.	Методы восстановления фертильности

**Раздел 16.
«Планирование семьи и контрацепция»**

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
16.1	Медико-социальные аспекты планирования семьи
16.2.	Аборт, его социальное и медицинское значение
16.3.	Контрацепция как метод контроля рождаемости

**V.УЧЕБНЫЙ И УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ЦИКЛА «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»**

Продолжительность – 2 недели.

Срок проведения -20.11.-01.12. 2017 г. (72 ч)

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, освоение новых знаний, методик, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций врачей по вопросам профилактики, лечения и реабилитации беременных с физиологическим течением гестационного и послеродового периода, гинекологических больных.

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи.

Трудоемкость обучения: 72 академических часа (2 недели или 0,5 месяца). Форма обучения: с отрывом от работы Режим занятий: 8 академических часов в день 3дня, 6 академических часов в день 3дня.

КО Д	Наименование курсов и разделов	Ле к ци и	Практически е занятия.	Семинар ы	Всег о	Форма контроля
-----------------	---	------------------------------	-----------------------------------	----------------------	-------------------	---------------------------

1.	<u>Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи</u>	<u>2</u>	-	-	2	Промежуточный контроль
1.1	Теоретические основы охраны здоровья и организация акушерско-гинекологической службы в РФ. Виды акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения.	0,5	-	-	0,5	Промежуточный контроль
1.2.	Организация амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Организация работы женской консультации.	0,5	-	-	0,5	Промежуточный контроль
1.3.	Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи. Организация деятельности перинатальных центров.	0,25	-	-	0,25	Промежуточный контроль
1.4.	Репродуктивное здоровье: факторы, влияющие на его уровень. Критерии, характеризующие репродуктивное здоровье женщин. Управление, планирование и экономика здравоохранения. Научная организация труда.	0,25	-	-	0,25	Промежуточный контроль
1.5.	Санитарная статистика и проблемы демографии. Российское право в здравоохранении.	0,25	-	-	0,25	Промежуточный контроль
1.6.	Этика и деонтология врача.	0,25	-	-	0,25	Промежуточный контроль

	Санитарно-просветительная работа.					
2.	<u>Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии</u>	-	<u>4</u>	-	4	Текущий контроль.
2.1.	Клинические и лабораторные методы исследования	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
2.2.	Ультразвуковые методы исследования в акушерстве и гинекологии	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
2.3	Электрофизиологические методы исследования матери и плода.	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
2.4	Рентгенологические методы исследования.	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
2.5	Компьютерная томография	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
2.6.	Магнитно-резонансная томография	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
2.7.	Эндоскопические методы исследования	-	1	-	1	Текущий контроль.
3.	<u>Аntenатальная охрана здоровья плода и перинатальная патология.</u>	-	<u>4</u>	2	6	Текущий контроль.
3.1.	Аntenатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода.	-	-	1	1	Текущий контроль.
3.2.	Невынашивание беременности	-	2	-	2	Текущий контроль.
3.3.	Переношенная беременность	-	1	-	1	Текущий контроль.
3.4.	Гипоксия и отставание в/утробного развития плода	-	1	-	1	Текущий контроль.
3.5.	Аntenатальные повреждающие факторы.	-	-	1	1	Текущий контроль.
4.	Патологическое и оперативное акушерство	<u>2</u>	<u>2</u>	2	6	Промежуточный контроль
4.1.	Патологическое	<u>2</u>	-	2	<u>4</u>	Промежуточный

	акушерство					й контроль
4.2.	Оперативное акушерство.	-	<u>2</u>	-	<u>2</u>	Текущий контроль.
5.	Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии	<u>6</u>	-	-	6	Промежуточный контроль
5.1.	Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.	1,0	-	-	1,0	Промежуточный контроль
5.2.	Беременность и заболевания органов дыхания	1,0	-	-	1,0	Промежуточный контроль
5.3.	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта	0,5	-	-	0,5	Промежуточный контроль
5.4.	Беременность и заболевания органов мочевого выделения.	1,0	-	-	1,0	Промежуточный контроль
5.5.	Эндокринная патология и беременность	0,5	-	-	0,5	Промежуточный контроль
5.6.	Беременность и заболевания крови	0,5	-	-	0,5	Промежуточный контроль
5.7.	Беременность и инфекционные, паразитарные заболевания	1	-	-	1	Промежуточный контроль
5.8.	Беременность и заболевания других органов	0,5	-	-	0,5	Промежуточный контроль
6.	Кровотечения в акушерстве. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.	-	-	<u>2</u>	2	Промежуточный контроль
6.1.	Кровотечения во время беременности.	-	-	1	1	Промежуточный контроль
6.2.	ДВС-синдром в гинекологии	-	-	0,5	0,5	Промежуточный контроль
6.3.	Гравитационная хирургия крови в акушерстве и гинекологии, клинической медицине	-	-	0,5	0,5	Промежуточный контроль
7.	Токсикозы	-	<u>4</u>	-	4	Промежуточный контроль

	беременных					й контроль
7.1.	Ранние токсикозы беременности	-	2	-	2	Промежуточный контроль
7.2.	Гестозы	-	2	-	2	Промежуточный контроль
8.	Травматизм в акушерстве и гинекологии	-	2	-	2	Промежуточный контроль
8.1.	Травматизм в акушерстве	-	1	-	1	Промежуточный контроль
8.2.	Травматизм при акушерских и гинекологических операциях	-	1	-	1	Промежуточный контроль
9.	Эндокринология в акушерстве и гинекологии	-	6	-	6	Текущий контроль.
9.1.	Эндокринология репродуктивной системы	-	1	-	1	Текущий контроль.
9.2.	Эндокринная патология репродуктивной системы	-	4	-	4	Текущий контроль.
9.3.	Акушерская эндокринология	-	1	-	1	Текущий контроль.
10.	Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	8	Промежуточный контроль
10.1.	Септические заболевания в акушерстве	0,5	1,0	1,0	2,5	Текущий контроль.
10.2.	Воспалительные заболевания женских половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (неспецифические)	0,5	0,5	-	1,0	Промежуточный контроль
10.3.	Воспалительные заболевания половых органов (специфические)	0,5	1,0	-	1,5	Текущий контроль.
10.4.	Септические заболевания в гинекологии	0,5	1,0	1,0	2,5	Текущий контроль.
10.5.	Герпес,	-	0,5	-	0,5	Текущий

	цитомегаловирусная инфекция, краснуха, токсоплазмоз					контроль.
11.	Оперативная гинекология	-	2	-	2	Текущий контроль.
11.1.	Предоперационная подготовка	-	1	-	1	Текущий контроль.
11.2.	Диагностические операции	-	1	-	1	Текущий контроль.
12.	Новообразования женских половых органов и молочных желез	<u>2</u>	<u>4</u>	=	6	Промежуточный контроль
12.1.	Предопухолевые заболевания женских половых органов	0,5	2	-	2,5	Промежуточный контроль
12.2.	Опухолевидные образования яичников	0,5	-	-	0,5	Промежуточный контроль
12.3.	Доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов	0,5	1	-	1,5	Промежуточный контроль
12.4.	Злокачественные опухоли женских половых органов	0,5	0,5	-	1,0	Промежуточный контроль
12.5.	Дисгормональные заболевания молочных желез	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
13.	Острый живот в гинекологии	-	4	-	4	Текущий контроль.
13.1.	Острый живот при кровотечении в брюшную полость.	-	1	-	1	Текущий контроль.
13.2.	Острый живот при воспалительных заболеваниях половых органов	-	2	-	2	Текущий контроль.
13.3.	Острый живот при нарушении кровообращения органов малого таза и опухолей	-	1	-	1	Текущий контроль.
14.	Эндометриоз	<u>2</u>	-	-	2	Промежуточный контроль
14.1.	Эндометриоз матки	0,5	-	-	0,5	Текущий контроль.
14.2.	Наружный эндометриоз	1	-	-	1	Промежуточный контроль

14.3.	Экстрагенитальный эндометриоз	0,5	-	-	0,5	Текущий контроль.
15.	Бесплодие	-	<u>4</u>	-	4	Текущий контроль.
15.1	Эндокринное бесплодие	-	1	-	1	Текущий контроль.
15.2	Трубный фактор в бесплодии	-	1	-	1	Текущий контроль.
15.3	Другие формы бесплодия	-	1	-	1	Текущий контроль.
15.4.	Современные методы восстановления фертильности	-	1	-	1	Текущий контроль.
16.	Планирование семьи и контрацепция	-	<u>2</u>	-	2	Текущий контроль.
16.2.	Медико-социальные аспекты планирования семьи	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
16.2.	Аборт. Социальное и медицинское значение.	-	0,5	-	0,5	Текущий контроль.
16.3.	Контрацепция как метод контроля деторождения	-	1	-	1	Текущий контроль.
	Всего	16	42	8	66	
	Экзамен	6	-	-	6	Итоговая аттестация
	ИТОГО	22	42	8	72	

VI. Организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы - программы повышения квалификации врачей-акушеров-гинекологов по специальности «Акушерство и гинекология»

N	Тема лекции	Содержание лекции (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание лекции)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
•	Теоретические основы охраны здоровья и организация акушерско-гинекологической помощи в РФ.	1.1.1.- 1.1.8.	ОПК-1
•	Виды акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения	1.2.1. -1.2.2.	ОПК-1; ОПК-2 ПК10
•	Организация амбулаторной акушерско-гинекологической помощи	1.3.1. -1.3.2.	ОПК-1; ОПК-2 ПК10
•	Организация стационарной	1.5.1.- 1.5.7.	ОПК-2;

	акушерско-гинекологической помощи		
•	Виды акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения	1.2.1.- 1.2.2.	ОПК-1; ОПК-2 ПК10
•	Организация деятельности перинатальных центров.	1.6.1.- 1.6.5.	ОПК-1; ОПК-2 ПК10
•	Репродуктивное здоровье, факторы, влияющие на его уровень	1.7.1.- 1.7.7.	ОПК-1;
•	Управление, планирование и экономика здравоохранения. НОТ. Санитарная статистика и проблемы демографии	1.8.1.- 1.8.8.	ОПК-2
•	Российское право и здравоохранение	1.10.1.- 1.10.4.3.	ОПК-2
•	Этика и деонтология врача. Санитарно-просветительная работа	1.10.4.3.- 1.11.1., 1.12.1.- 1.12.2.6.	ОПК-2
•	Патологическое акушерство	4.1.1-4.1.7	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Кровотечения во время беременности.	7.1.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	ДВС-синдром в гинекологии	7.1.2	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Гравитационная хирургия крови в акушерстве и гинекологии, клинической медицине	7.1.3	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Ранние токсикозы беременности	8.2.1-8.2.13	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Гестозы	7.1.1-7.2.16.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Травматизм в акушерстве	8.1.1.- 8.1.6.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Травматизм при акушерских и гинекологических операциях	8.1.6.- 8. 2.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии	5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.	5.6.-5.6.10.4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Беременность и заболевания органов дыхания	5.1.-5.1.2.4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта	5.2.-5.2.7.5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Беременность и заболевания органов мочевого выделения.	5.3.-5.3.7.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Эндокринная патология и беременность	5.4.-5.4.2.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Беременность и заболевания крови	5.5.7.-5.5.9.4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Беременность и инфекционные, паразитарные заболевания	5.7.-5.7.6.4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Беременность и заболевания других органов	5.8.-5.8.3.4.	ПК-2, ПК-5

			ПК-8
•	Экстрагенитальная патология у гинекологических больных .	5.9.-5.9.7.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Воспалительные заболевания половых органов.	10.1-10.5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Септические заболевания в акушерстве	10.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Воспалительные заболевания половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (неспецифические)	10.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Воспалительные заболевания половых органов (специфические)	10.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Септические заболевания в гинекологии	10. 4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Герпес, цитомегаловирус, краснуха, токсоплазмоз	10.5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Септические заболевания в акушерстве	10.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Новообразования женских половых органов	12.	ПК-2,ПК-5,ПК-8.
•	Предопухолевые заболевания женских половых органов	12.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Опухолевидные образования яичников	12.2	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов	12.3	ПК-2,ПК-5 ПК-8
•	Злокачественные опухоли женских половых органов	12.4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Эндометриоз	14.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Эндометриоз матки	14.1.	ПК-2,ПК-5 ПК-8
•	Наружный эндометриоз	14.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Экстрагенитальный эндометриоз	14.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8

Примерная тематика семинарских занятий:

№	Тема семинара	Содержание семинара (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание семинарских занятий)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)

•	Аntenатальная охрана плода и перинатальная патология	3.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Патологическое и оперативное акушерство	3.6	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Кровотечения в акушерстве. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.	6.1.-6.5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Септические заболевания в акушерстве	10.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Септические заболевания в акушерстве	10.4	ПК-2, ПК-5 ПК-8

Примерная тематика практических занятий:

N	Тема практических занятий	Содержание практического занятия (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание практических занятий)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
	Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	2.	
1	Клинические и лабораторные методы исследования	2.1.1., 2.1.2.1.- 2.1.2.7.,	ПК-5
2	Ультразвуковые методы исследования в акушерстве и гинекологии	2..3.1.- 2.3.14.	ПК-5
3	Электрофизиологические методы исследования матери и плода.	2.4.1.- 2.4.3.1.	ПК-5
4	Рентгенологические методы исследования.	2.5.1-2.5.3.	ПК-5
5	Компьютерная томография	2.5.4.- 2.5.6.	ПК-5
6	Магнитно-резонансная томография	2.5.7.	ПК-5
7	Эндоскопические методы исследования	2.7.1 - 2.7.2.2.	ПК-5
	Аntenатальная охрана	3.	
	Аntenатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода	3.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Антигенная несовместимость крови матери и плода по системе АВО и резус-фактору.	3.1.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Клиника, диагностика, лечение.	3.1.1.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8

	Ведение беременности. Профилактика сенсibilизации, реабилитация.	3.1.1.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Невынашивание беременности (по триместрам ее развития).	3.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Невынашивание беременности в I триместре.	3.2.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Причины, клиника, диагностика, лечение.	3.2.1.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Профилактика.	3.2.1.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Невынашивание беременности во II триместре.	3.2.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Причины, клиника, диагностика, лечение.	3.2.2.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Профилактика.	3.2.2.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Невынашивание беременности в III триместре беременности.	3.2.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Причины, клиника, диагностика, лечение.	3.2.3.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Профилактика.	3.2.3.2	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Переношенная беременность.	3.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Причины, клиника, диагностика, лечение.	3.3.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
8	Невынашивание беременности	3.2.1.- 3.2.3.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
9	Переношенная беременность	3.3.1. - 3.3.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
10	Гипоксия и отставание в/утробного развития плода	3.4.1. - 3.4.4.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
	Аntenатальные повреждающие факторы.	3.6.-3.6.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
11	Патологическое и оперативное акушерство	4.2.1. - 4.2.4.6. 4.1.1-4.1.7	ПК-2, ПК-5 ПК-6, ПК-8
	Травматизм в акушерстве и гинекологии	8.1.-8.2.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-6, ПК-8
12	Ранние токсикозы	7.1.1-7.1.7.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
13	Гестоз	7.2.1-7.2.16.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
14	Эндокринология репродуктивной системы	9.1.1-9.1.5.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
• 5	Эндокринная патология репродуктивной системы	9.2.1.- 9.2.9.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Акушерская эндокринология	9.2.10.- 9.2.10.6.	ПК-2, ПК-5 ПК-8

•	Септические заболевания в акушерстве	10.1	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Воспалительные заболевания половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (неспецифические)	10.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Воспалительные заболевания половых органов (специфические)	10.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Септические заболевания в гинекологии	10. 4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Герпес, цитомегаловирус, краснуха, токсоплазмоз	10.5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Предоперационная подготовка	11.1.	ПК-1, ПК-8
•	Диагностические операции	11.2.	ПК-6, ПК-8
•	Новообразования женских половых органов и молочных желез.	12.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Предопухолевые заболевания женских половых органов	12.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов	12.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Злокачественные опухоли	12.4.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Дисгормональные заболевания молочных желез	12.5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Острый живот при кровотечении в брюшную полость.	13.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Острый живот при воспалительных заболеваниях половых органов	13.2.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Острый живот при нарушении кровообращения органов малого таза, опухолей половых органов	13.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Эндокринное бесплодие	15.1.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Современные методы восстановления фертильности	15.5.	ПК-2, ПК-5 ПК-8
•	Планирование семьи и контрацепция	16.1-16.3.	ПК-2, ПК-5 ПК-8

VII. Итоговая аттестация

Итоговая аттестация по результатам освоения дополнительной профессиональной программы - программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача акушера-гинеколога.

VIII. Оценочные материалы

Тематика контрольных вопросов:

- Организационные принципы работы, формы учетно-отчетной документации.
- Диспансеризацию беременных, показания к госпитализации.
- Организацию гинекологической и акушерской помощи.
- Современные методы контрацепции.
- Вопросы использования современной медицинской аппаратуры в акушерстве и гинекологии.
- Санитарно-просветительную работу.
- Анализ материнской, перинатальной и гинекологической заболеваемости и смертности в ЛПУ.
- Показатели работы акушерско-гинекологической службы.
- Основные методы обследования беременных и гинекологических больных.
- Показания и противопоказания к назначению обследования.
- Гормональные исследования в акушерстве и гинекологии.
- Ультразвуковые методы исследования в акушерстве и гинекологии.
- Электрофизиологические методы исследования состояния матери и плода.
- Эндоскопические методы исследования в акушерстве и гинекологии.
- Рентгенологические методы в акушерстве и гинекологии.
- Причины изосерологической несовместимости крови матери и плода.
- Этиологию невынашивания беременности, классификацию, методы диагностики и лечения; этиологию, патогенез, клинику, диагностику.
- Перенашивание – этиологию, диагностику, клинику и методы родоразрешения.
- Причины и диагностика плацентарных нарушений.
- Лечение и профилактику плацентарной недостаточности, гипоксии плода и СЗРП.
- Анатомические повреждающие факторы
- Неправильные положения плода (поперечное и косое), причины их развития, диагностику и осложнения, возникающие во время беременности и в родах, методы родоразрешения.
- Определение многоплодной беременности, особенности строения плодного яйца, течение беременности и особенности развития плодов, методы диагностики многоплодной беременности.
- Предоперационную подготовку и тактику ведения послеоперационного периода.
- Этиологию, классификацию, клинику и методы лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

- Этиологию, классификацию, клинику и методы лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.
- Этиологию, классификацию, клинику и методы лечения заболеваний эндокринной системы.
- Этиологию, классификацию, клинику и методы лечения заболеваний почек.
- Этиологию, классификацию, клинику и методы лечения заболеваний крови.
- Этиологию, классификацию, клинику, диагностику кровотечений в акушерской практике (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).
- Этиологию, классификацию, клинику, диагностику кровотечений в гинекологической практике, лечение (консервативное и хирургическое).
- Методы родоразрешения при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
- Этиологию, диагностику, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома.
- Клинику синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС).
- Определение понятия позднего гестоза (преэклампсии) на современном этапе.
- Современную классификацию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, терапию во время беременности, в родах, послеродовом периоде, влияние на показатель материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.
- Фармакологические препараты, применяемые в терапии преэклампсии.
- Основные принципы интенсивной терапии и оказания экстренной медицинской помощи при тяжелых формах заболевания.
- Регуляция, физиология и патология репродуктивной функции женщины. Виды ее нарушений.
- Возрастные периоды развития женщины, основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте.
- Причины возникновения патологических процессов в организме женщины, механизмы их развития и клинические проявления.
- Воспалительные заболевания половых органов неспецифической этиологии. Роль микро- и макроорганизма, факторов внешней среды.
- Воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов (вульвит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит).
- Эндометрит – причины, клиника, диагностика, врачебная тактика.
- Сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит септической этиологии. Клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика.
- Септический шок как осложнение криминального аборта. Этиология, патогенез, клинические стадии, диагностика, врачебная тактика.
- Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.
- Генитальный герпес, папилломовирусная инфекция. Характеристика возбудителя, клиника, диагностика, лечение.
- Морфологическая характеристика миомы, классификация. Современные теории патогенеза миомы матки. Клиника, диагностика. Консервативный и хирургический методы лечения. Показания к выбору метода лечения. Реабилитация и принципы диспансерного наблюдения, роль врача первичного звена. Саркома матки.
- Доброкачественные опухоли яичников. Эпидемиология, представления об этиологии и патогенезе, влияние на репродуктивное здоровье. Понятие о кисте и кистоме. Классификация, семиотика, диагностика, принципы лечения. Реабилитация, принципы диспансерного наблюдения.
- Злокачественные опухоли яичников. Рак яичников (первичный, вторичный, метастатический), пути метастазирования, стадии распространения. Клиника, современные методы диагностики. Методы лечения (хирургический, химиотерапия). Принципы

диспансерного наблюдения, профилактика.

- Рак шейки матки. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Классификация, причины, морфологическая характеристика (истинная и псевдоэрозия, эктропион, полипы, лейкоплакия, эритроплакия; дисплазия). Современные методы диагностики и лечения. Реабилитация и диспансерное наблюдение больных.
- Рак эндометрия. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия (железистая, железисто-кистозная гиперплазия, полипы, атипичная гиперплазия, аденоматоз, атрофия эндометрия), морфологическая характеристика. Этиопатогенез, клиника, диагностика. Современные методы лечения в возрастном аспекте.
- Рак эндометрия. Классификация, патогенетические и гистологические варианты. Особенности клинической картины, ранняя диагностика, современные методы лечения, показания к выбору метода. Реабилитация, диспансеризация больных, профилактика.
- Дисгормональные заболевания молочных желез.
- Причины «острого» живота в гинекологии.
- Внематочная беременность, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- Апоплексия яичника, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- Нарушение питания опухоли яичника, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- «Острый» живот воспалительного генеза. клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- Основные теории патогенеза эндометриоза.
- Современная классификация эндометриоза.
- Клиника эндометриоза в зависимости от локализации.
- Современные подходы к лечению эндометриоза.
- Клиника экстрагенитального эндометриоза.
- Алгоритм обследования супружеской пары при бесплодии.
- Женское бесплодие – тубо-перитонеальная форма, причины, современные методы диагностики и лечения.
- Эндокринная и смешанные формы бесплодия, причины, современные методы диагностики и лечения.
- Мужское бесплодие – основные причины, методы лечения. Понятие об иммунологической форме бесплодия, механизм развития, диагностика.
- Современные вспомогательные репродуктивные технологии – искусственное осеменение, ЭКО, перенос эмбриона.
- Задачи, значение планирования семьи, социально-медицинское значение аборта, понятие, классификацию, аборта, влияние на репродуктивное здоровье женщины.
- Фармакология современных гормональных контрацептивов, виды гормональной контрацепции, механизм действия, противопоказания, осложнения.
- Характеристика внутриматочных контрацептивов, механизм действия, методика введения, противопоказания, осложнения.
- Технология стерилизации женщин, показания, противопоказания, осложнения, эффективность.
- Способы мужской контрацепции, осложнения, противопоказания к гормональной контрацепции, эффективность различных методов.

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача акушера-гинеколога:

- Оформлять учетно-отчетную документацию (обменная карта, санаторно-курортная карта, амбулаторная карта гинекологической больной, историю родов и др.).
- Обосновать показания к госпитализации.
- Выявить женщин группы "повышенного риска".

- Участвовать в профосмотрах.
- Иметь представления о влиянии производственных факторов на специфические функции женского организма.
- Знать стандарты акушерско-гинекологической помощи (Приказ МЗ РФ № 572 н от 01.11.2012 г.).
- Собрать анамнез у гинекологической больной и беременной женщины.
- Провести общее объективное и специальное акушерско-гинекологическое обследование.
- Провести внутреннее акушерское исследование, оценить степень зрелости шейки матки, определить предлежащую часть плода. Дать оценку дополнительным методам исследования (ХГ, УЗИ), определить срок беременности, предполагаемый срок родов и интерпретировать результаты полученных исследований.-Составить план комплексной подготовки к родам.
- Интерпретировать данные кардиомониторного наблюдения за состоянием плода и результаты УЗ исследования.
- Диагностировать тазовые предлежания плода.
- Проводить пальпацию и аускультацию при многоплодной беременности, определить расположение плодов.
- Обследовать беременную с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, почек и крови.
- По данным лабораторных исследований и по клиническим проявлениям оценить активность патологического процесса и четко определить противопоказания к пролонгированию беременности.
- На основании анамнеза, жалоб больной, объективного исследования и дополнительных методов обследования поставить диагноз кровотечение (в том числе внутреннее).
- Оценить состояние гинекологической больной, беременной или роженицы.
- Распознать синдром ДВС.
- Оценить данные лабораторных и дополнительных исследований, поставить диагноз преэклампсии.
- Оценить степень тяжести позднего гестоза (преэклампсии).
- Назначить лечение преэклампсии в зависимости от степени тяжести.
- Диагностировать нарушения менструальной функции в пубертатном возрасте.
- Назначить лечение на восстановление овуляторного, менструального цикла и профилактику рецидива кровотечения.
- Оказывать акушерскую помощь при возникновении беременности в юношеском возрасте.
- Выявлять группы риска, проводить контрацепцию и оказывать консультативную помощь в половом воспитании.
- Выявить факторы риска развития той или иной акушерской и гинекологической патологии, организовать проведение мер профилактики.
- Владеть методами обследования больных с воспалительными заболеваниями вульвы, влагалища и матки.
- Оценить данные лабораторных и специальных методов исследования, ультразвуковой диагностики.
- Проводить местную санацию, знать препараты, которые при этом используются
- Провести обследование больной, определить объем оперативного лечения.
- Поставить диагноз новообразования органов малого таза и молочной железы.
- Наметить план лечения, реабилитации.
- Своевременно комплексно диагностировать и дифференцировать симптомы «острого живота» в гинекологической практике.
- Определить показания для оперативного лечения эндометриоза.
- Проводить противорецидивное лечение.

- Проводить дифференциальную диагностику эндометриоза с другими гинекологическими заболеваниями и хирургической патологией.
- Определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения.
- Оценить результаты данных клинико-лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования.
- Уметь наметить план лечения бесплодия в зависимости от этиологического фактора.
- Определить показания к применению вспомогательных репродуктивных технологий.
- Проводить профилактику незапланированной беременности.
- Осуществлять индивидуальной подбор метода контрацепции.

Примеры тестовых заданий:

1. Организация специализированного акушерского стационара, как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями
 - а-сердечно-сосудистой системы
 - б-почек
 - в-диабете и другой эндокринной патологии
 - г-со всеми перечисленными**
 - д-ни с одним из перечисленных

2. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно
 - а-сразу после рождения**
 - б-через 6 ч после рождения
 - в-через 8 ч после рождения
 - г-через 12 ч после рождения
 - д-через 24 ч после рождения

3. В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает
 - а-гестоз
 - б-экстрагенитальная патология
 - в-кровотечения**
 - г-инфекция
 - д-разрыв матки

4. К материнской смертности относится смертность женщины
 - а-от медицинского аборта
 - б-от внематочной беременности
 - в-от деструктирующего пузырного заноса
 - г-от всего перечисленного**
 - д-ничего из перечисленного

5. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом
 - а-(число женщин, умерших в родах)/ (число родов)г100 000
 - б-(число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель)/ (число родившихся живыми и мертвыми)г100 000
 - в-(число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/ (число родившихся живыми)г100 000**
 - г-(число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в

течение 2 недель послеродового периода)/ (число родившихся живыми и мертвыми)г100 000
д-(число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/ (число родившихся живыми и мертвыми)г100 000

6. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных - это
а-число пролеченных больных в стационаре
б-число больных, направленных на санаторное лечение
в-снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности
г-удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года

7. Понятие перинатальная смертность означает
а-смерть ребенка в родах
б+"потеря плода ""вокруг родов"" - "" в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде
в-мертворождаемость
г-антенатальная гибель плода

8. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом
а-(число мертворожденных)/ (число родов)г1000
б-(число умерших интранатально)/ (число родившихся мертвыми)г1000
в-(число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения)/ (число родившихся живыми и мертвыми)г1000
г-(число умерших в первые 7 суток после рождения)/ (число родов)г1000
д-(число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения)/ (число родившихся живыми)г1000

9. Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является
а-число осмотренных женщин
б-число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет
в-число женщин, направленных на лечение в санаторий
г-доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин

10. Основным критерием живорождения является
а-масса плода 1000 г и более
б-рост плода 35 см и более
в-наличие сердцебиения
г-наличие самостоятельного дыхания
д-срок беременности 28 недель и более

11. Женская консультация является структурным подразделением
1) родильного дома
2) поликлиники 3) медсанчасти
4) санатория-профилактория
а-правильно 1, 2, 3
б-правильно 1, 2
в-все ответы правильны

г-правильно только 4
д-все ответы неправильны

12. "Понятие ""планирование семьи"", " вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают семьям

- 1) избежать нежелательной беременности
- 2) регулировать интервалы между беременностями
- 3) производить на свет желанных детей
- 4) повышать рождаемость

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

13. В женской консультации целесообразна организация специализированных приемов по следующим заболеваниям

- 1) бесплодию
- 2) невынашиванию
- 3) гинекологическим заболеваниям у детей и подростков
- 4) сахарному диабету беременных

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

14. Основным критерием мертворожденности является

- 1) отсутствие мышечного тонуса у новорожденного
- 2) бледный цвет кожных покровов
- 3) отсутствие сердцебиения
- 4) отсутствие самостоятельного вдоха

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

15. Младенческая смертность - это

- 1) смертность детей на первой неделе жизни
- 2) смертность детей на первом месяце жизни
- 3) смертность детей в возрасте до 2 лет
- 4) смертность детей на первом году жизни

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

16. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует

а-о наличии аменореи центрального генеза

б-о яичниковой форме аменореи

в-о маточной форме аменореи

г-о наличии синдрома склерокистозных яичников

д-ни о чем из перечисленного

17. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные

а-базальная частота сердечных сокращений

б-наличие и частота акцелераций

в-наличие децелераций

г-амплитуда мгновенных осцилляций

д-все перечисленные

18. Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам

а-пробы Зимницкого

б-количества мочевины в крови

в-количества креатинина в крови

г-всего перечисленного

д-ничего из перечисленного

19. Бесстрессовый тест основан

а-на оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его шевеление, бсокращение матки, действие внешних раздражителей

в-на учете числа движений плода в 1 ч

г-на реакции сердечной деятельности плода в ответ на внутривенное введение матери

д-раствора атропина

е-на всем перечисленном

ж-ни на чем из перечисленного

20. Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить

а-на 7-8-й день менструального цикла

б-на 1-5-й день менструального цикла

в-на 20-25-й день менструального цикла

г-на 26-28-й день менструального цикла

21. Базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) плода называется

а-ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более

б-ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку

в-число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 мин исследования

г-сердцебиение плода до начала процесса родов

д-ничего из перечисленного

22. Дексаметазоновая проба применяется для диагностики

а-адреногенитального синдрома

б-гиперплазии коркового вещества надпочечников

в-синдрома Иценко - Кушинга

г-всего перечисленного

23. Диагностическая ценность лапароскопии в гинекологии особенно высока при всех перечисленных состояниях, кроме

а-ненарушенной внематочной беременности

б-маточной беременности

в-опухоли яичника

г-миомы матки

д-всего перечисленного

24. Симметричная задержка внутриутробного развития плода, как правило, развивается

а-до 30 недель

б-в 31-36 недель

в-в 37-38 недель

г-после 36 недель

д-в любом сроке беременности

25. Амниоскопия позволяет, в основном, оценить

а-количество околоплодных вод

б-окрашивание околоплодных вод

в-наличие хлопьев сыровидной смазки

г+все перечисленное

д-ничего из перечисленного

26. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме

а-дисфункциональных маточных кровотечений

б-кровотечения в постменопаузе

в-подозрения на внематочную беременность

г-бесплодия

27. Ультразвуковая картина зрелости плаценты, обозначенная цифрой III, соответствует, как правило, сроку беременности

а-до 30 недель

б-31-34 недели

в-35-37 недель

г-38-40 недель

д-41-43 недели

28. Акцелерация - это

а-учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС)

б-урежение ЧСС плода

в-отражение аритмии сердечной деятельности плода

г-отражение внутриутробной задержки роста плода

д-ничего из перечисленного

29. Децелерация - это

а-учащение сердечных сокращений плода

б-урежение сердечных сокращения плода

в-отражение бодрствования плода

г-отражение глубокого сна плода
д-ничего из перечисленного

30. Показанием к ректороманоскопии в гинекологии, как правило, является

- 1) рак шейки матки
- 2) рак тела матки
- 3) эндометриоз
- 4) кишечное кровотечение неясного происхождения

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

31. Проведение гистеросальпингографии допустимо на фоне

- 1) хронического гастрита
- 2) хронического сальпингоофорита
- 3) подострого кольпита
- 4) гриппа

а-правильно 1, 2, 3

б-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

32. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся

а-с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода

б-с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения

г-с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов

д-с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения

е-ничего из перечисленного

33. Плацента выполняет следующую роль в иммунологических взаимоотношениях матери и плода при нормальной беременности

а-препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток

б-обеспечивает антигенную стимуляцию матери

в-формирует механизмы взаимной толерантности матери и плода

г-все перечисленное

д-ничего из перечисленного

34. Термин изоиммунизация означает

а-стимуляцию иммунитета

б-подавление иммунитета

в-образование антител

г-снижение реактивности организма

35. Изоиммунизация может быть вызвана несовместимостью

а-групп крови матери и плода

б-крови матери и плода по резус-фактору

в-по другим дополнительным антигенам (М, Келл, Даффи и др.)

г-всего перечисленного

д-ничего из перечисленного

36. Условиями возникновения резус-конфликта являются

а-наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери

б-сенсibilизация матери к резус-фактору

в-переливание несовместимой крови в анамнезе

г-аборты в анамнезе

д-все перечисленное

37. В нашей стране за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности

а-20 недель

б-22 недели

в-26 недель

г-28 недель

38. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет

а-500 г

б-600 г

в-800 г

г-1000 г

36. Вес плаценты при гемолитической болезни плода составляет

а-300 г

б-500 г

в-1000 г и более

г-700г

37. Специфическая иммунопрофилактика особенно показана у следующих женщин с резус-отрицательной кровью

а-первородящих, родивших резус+ ребенка, несовместимого с матерью по системе АВО

б-после первого аборта

в-все ответы правильные

г-все ответы неправильные

38. Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных определяют в крови

а-гемоглобин и количество эритроцитов

б-почасовой прирост билирубина

в-группу крови

г-резус-принадлежность крови

д-все перечисленное

39. Стойкое повышение базальной частоты сердечных сокращений плода до 180 в минуту и более при головном предлежании

а-всегда считается признаком гипоксии плода

б-диагностического значения не имеет

в-не связано с гипоксией плода

г-свидетельствует о пороке развития плода
д-ничего из перечисленного

40. Нормальной реакцией плода на задержку дыхания у матери является

а-учащение частоты сердечных сокращений

б-урежение частоты сердечных сокращений

в-вначале учащение, а затем урежение

г-вначале урежение, а затем учащение

41. В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной

а-120-160 в минуту

б-110-150 в минуту

в-100-180 в минуту

г-более 200 в минуту

42. Сущность гемолитической болезни у плода заключается

а-в билирубиновой интоксикации

б-в гемолизе эритроцитов

в-в анемии

г-в нарушении функции почек и печени

д-во всем перечисленном

43. Токсичным является

а-прямой билирубин

б-непрямой билирубин

в-и то, и другое

г-ни то, ни другое

44. Угроза преждевременных родов сопровождается

а-повышением базального тонуса матки

б-повышенной возбудимостью миометрия

в-нарушением функции фетоплацентарной системы

г+всем перечисленным.

45. Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного

а-доношенного

б-недоношенного

в-переношенного

г-зрелого

д-с внутриутробной задержкой роста

46. Снижение мышечного тонуса у новорожденного обусловлено нарушением

а-кислотно-щелочного состояния крови

б-метаболизма

в-мозгового кровообращения

г-всего перечисленного

д-ничего из перечисленного

47. К легкой степени асфиксии относится оценка по шкале Апгар

а-8 баллов

б-7-6 баллов

в-5 баллов

г-4 и менее баллов

48. Снижение variability базального ритма (частоты сердечных сокращений плода) при оценке кардиотохограммы

А-свидетельствует о гипоксии плода

б-свидетельствует об отсутствии гипоксии плода

в-не является существенным признаком

г-отражает задержку развития плода

д-ничего из перечисленного

49. Масса тела у новорожденного менее 2500 г может быть

а-у доношенного

б-у недоношенного

в-у переносимого

г-у незрелого

д-у всех перечисленных

50. Для диагностики внутриутробной задержки роста плода наиболее информативны данные о содержании

а-прогестерона

б-плацентарного лактогена

в-трофобластического в-глобулина

г-термостабильной щелочной фосфатазы

д-ничего из перечисленного

51. Причинами синдрома дыхательных расстройств у плода являются

а-родовая травма ЦНС

б-пороки развития сердца

в-пороки развития диафрагмы

г-внутриутробное инфицирование

д-все перечисленное

52. Признаками гипоксии плода на кардиотохограмме являются

а-снижение variability частоты сердечных сокращений

б-поздние децелерации

в-брадикардия

г-все перечисленные

д-ничего из перечисленного

53. Гипоксически-травматическое повреждение нервной системы плода возникает вследствие

а-стимуляции родовой деятельности окситоцином

б-снижения маточно-плацентарного кровообращения

в-накопления в крови плода недоокисленных продуктов обмена

г-всего перечисленного

д-ничего из перечисленного

54. У здорового новорожденного регулярное дыхание должно установиться не позднее, чем через

а-60 с

б-90 с

в-120 с

г-5 мин после рождения

55. К основным причинам синдрома дыхательных расстройств у новорожденных относятся

а-иммунодефицитные состояния

б-родовая травма

в-наследственная эндокринная патология

г-врожденная патология

д-все перечисленное

56. Шкала Сильвермана учитывает у новорожденного

а-лишь внешние клинические признаки

б-глубину метаболических нарушений

в-состояние сердечно-сосудистой системы

г-нарушение функции печени и почек

д-ничего из перечисленного

57. Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) у новорожденных следует проводить

а-воздухом

б-смесью воздуха с кислородом (1:1)

в-смесью кислорода и гелия (1:1)

г-смесью кислорода и гелия (1:2)

д-всем перечисленным

58. Искусственная вентиляция легких новорожденного с помощью маски более 5-10 мин может вызвать

а-попадание воздуха в желудок

б-затруднение движения диафрагмы

в-и то, и другое

г-ни то, ни другое

59. Если в течение 15 мин ИВЛ у новорожденного не наступило самостоятельное дыхание или не повысилось количество баллов по шкале Апгар свыше 1, следует

а-внутрисердечно ввести адреналин

б-начать непрямой массаж сердца

в-прекратить реанимационные мероприятия

г-применить краниоцеребральную гипотермию (КЦГ)

60. Наиболее частыми причинами преждевременного прерывания беременности в первом триместре ее развития являются

1) ранний токсикоз

2) пороки сердца

3) сахарный диабет

4) изоиммунизация

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

61. Наиболее частыми причинами позднего выкидыша являются

1) истмико-цервикальная недостаточность

2) гиперандрогения

3) низкая плацентация

4) плацентарная недостаточность

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

62. Синдром дыхательных расстройств у новорожденного развивается при следующей патологии

1) болезни гиалиновых мембран

2) внутричерепном кровоизлиянии

3) аспирации околоплодных вод

4) внутриутробной пневмонии

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

63. При осмотре переносенного новорожденного, как правило, выявляется следующее

1) пупочное кольцо располагается на середине белой линии живота

2) яички не опустились в мошонку

3) клитор и малые половые губы не прикрыты большими

4) небольшая исчерченность стоп

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

64. Хроническая гипоксия плода развивается, как правило, у беременных

1) с поздним гестозом

2) с гемолитической болезнью плода

3) с инфекцией во время беременности

4) с разрывом матки

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4
д-все ответы неправильны

65.К факторам риска преждевременных родов относятся

- 1) преждевременное созревание плаценты
- 2) прогрессирующая плацентарная недостаточность
- 3) диссоциированное созревание плаценты
- 4) запоздалое созревание плаценты

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

66.Хроническая плацентарная недостаточность возникает

- 1) при обширных инфарктах в плаценте
- 2) при преждевременной отслойке плаценты
- 3) при эклампсии и преэклампсии
- 4) при длительно текущей нефропатии

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

67.Острая плацентарная недостаточность есть следствие

- 1) длительной угрозы преждевременного прерывания беременности
- 2) изосерологической несовместимости крови матери и плода
- 3) перенашивания беременности
- 4) экстрагенитальной патологии

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

68.Основные признаки переносенной беременности

- 1) увеличение окружности живота
- 2) уменьшение высоты дна матки
- 3) предлежащая часть глубоко стоит во входе в малый таз
- 4) зрелость шейки матки в сроки доношенной беременности (38-40 недель)

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

69.Признаки угрозы преждевременных родов

- 1) уменьшение окружности живота

- 2) увеличение высоты дна матки
- 3) опалесцирующий характер околоплодных вод
- 4) предлежащая часть высоко над входом в малый таз

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

70. Для переношенной беременности характерно

- 1) маловодие
- 2) повышение базального тонуса матки
- 3) снижение возбудимости миометрия
- 4) уменьшение окружности живота

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

71. "Основными признаками ""перезрелости"" плода являются"

- 1) сухая кожа
- 2) отсутствие сыровидной смазки
- 3) узкие швы и роднички
- 4) плотные кости черепа

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

72. У переношенного новорожденного, как правило, отмечается

- 1) увеличение окружности головки
- 2) длинные ногти
- 3) вторичная гипотрофия
- 4) последствие перенесенной гипоксии

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

73. К синдрому запоздалых родов относится

- 1) патологический прелиминарный период
- 2) несвоевременное излитие вод
- 3) недостаточная биологическая готовность организма к родам
- 4) аномальная родовая деятельность

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

74. При истинном перенашивании беременности (плод в состоянии хронической гипоксии) целесообразна следующая тактика ведения родов

- 1) родовозбуждение и родостимуляция внутривенным введением окситоцина
- 2) во втором периоде - акушерские щипцы
- 3) во втором периоде - вакуум экстракции плода
- 4) родоразрешение операцией кесарева сечения

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

75. К обоснованным показаниям к кесареву сечению при переносенной беременности относятся

- 1) тазовое предлежание
- 2) крупные размеры плода
- 3) поздний возраст роженицы
- 4) узкий таз

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

76. Причина хронической гипоксии плода

- 1) преждевременная отслойка плаценты
- 2) неполный разрыв матки
- 3) прижатие пуповины
- 4) длительная угроза прерывания беременности

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

77. Хроническая гипоксия плода чаще всего является следствием

- 1) перенашивания беременности
- 2) гестоза
- 3) снижения маточно-плацентарного кровообращения при нарушении тонуса и сократительной деятельности матки
- 4) нарушения диеты беременной

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

78.О критическом состоянии плода свидетельствует

- 1) синдром дыхательных расстройств
- 2) отечно-геморрагический синдром
- 3) в плазме крови гипокалиемия
- 4) в плазме крови гипонатриемия

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

79.Мероприятия по реанимации новорожденного с оценкой по шкале Апгар при рождении 6-7 баллов заключаются в следующем

- 1) отсасывание содержимого из полости рта, носа и желудка
- 2) введение в вену пуповины раствора глюкозы 20% - 5 мл/кг и кокарбоксилазы 8 мг/кг массы тела
- 3) интубирование трахеи под контролем ларингоскопа и отсасывание содержимого из трахеи и главных бронхов
- 4) проведение искусственной вентиляции легких

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

80.При оценке состояния недоношенного новорожденного по шкале Сильвермана в основном учитывают

- 1) движение грудной клетки
- 2) втяжение межреберий
- 3) участие в дыхании крыльев носа
- 4) частоту дыхательных движений

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

81.При отсутствии эффекта реанимацию новорожденного прекращают

- 1) через 15-20 мин
- 2) при отсутствии электрической активности мозга
- 3) при отсутствии роговичного рефлекса и реакции зрачков на свет
- 4) через 5-10 мин

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

82. Неблагоприятный прогноз для плода вероятен при следующих показателях

- 1) брадикардия
- 2) экстрасистолия
- 3) аритмия
- 4) рН - 6.86

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

83. Следующие клинические признаки указывают на угрозу позднего выкидыша

1)

небольшие ноющие боли внизу живота

- 2) повышение возбудимости матки
- 3) умеренные кровянистые выделения из половых путей
- 4) наружный зев шейки матки (при влажной исследовании) пропускает 1 палец

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

84. К внутриутробному инфицированию плода может привести

- 1) ОРВИ во время беременности
- 2) обострение хронического пиелонефрита во время беременности
- 3) угроза прерывания беременности
- 4) кольпит во время беременности

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

85. К признакам выраженной гипоксии плода по данным кардиотокографии относят:

- 1) тахикардию от 160 до 180 ударов в минуту
- 2) вариабельность базального ритма от 6 до 10 ударов в минуту
- 3) наличие 1-2 акцелераций за 20 минут
- 4) наличие единичных ранних децелераций

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

86. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным

а-все размеры уменьшены на 0.5-1 см

б-хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см

в-все размеры уменьшены на 1.5-2 см

г-хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см
д-ничего не верно

87.Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее
а-12 см
б-11.5 см
в+11 см
г-10.5 см
д-10 см

88.Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет
а-менее 13.5 до 13 см
б-менее 13 до 12.5 см
в-менее 12.5 до 12 см
г-менее 12 до 11.5 см
д-менее 11.5 до 11 см

89.Для общеравномерносуженного таза характерно
а-уменьшение только прямого размера входа в малый таз
б-одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
в-удлинение крестца
г-все перечисленное

90.Простой плоский таз характеризуется
а-уменьшением всех прямых размеров полости малого таза
б-увеличением высоты таза
в-уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба
г-всем перечисленным
б-ничем из перечисленного

91.Степень сужения таза определяется, как правило, по уменьшению размера
а-анатомической конъюгаты
б-истинной конъюгаты
в-горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
г-высоты стояния дна матки
д-поперечного размера матки

92.Размера истинной конъюгаты до 10 см, позволяет отнести таз к степени сужения
а-I
б-II
в-III
г-IV

93.Размер истинной конъюгаты 8.5 см, позволяет отнести таз к степени сужения
а-I
б-II
в-III
г-IV

94.Корректирующую гимнастику при тазовом предлежании плода проводят обычно в сроки беременности

а-14-20 недель

б-21-27 недель

в-28-35 недель

г-36-40 недель

95.Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются

а-несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности

б-указания беременной на частые шевеления плода

в-выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода

г-все перечисленные

96.Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют

а-ультразвуковое исследование

б-рентгенологическое исследование

в-радиоизотопную сцинтиграфию

г-все перечисленное

д-ничего из перечисленного

97.Кесарево сечение производят, как правило, в плановом порядке, если имеет место

1) тазовое предлежание крупного плода

2) ножное предлежание плода в сочетании с плоским тазом у беременной

3) ножное предлежание плода в сочетании с разгибанием его головки

4) рубец на матке и тазовое предлежание

А-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

98.Кесарево сечение следует произвести в плановом порядке, если имеет место

1) бесплодие в анамнезе

2) рождение травмированных детей или мертворождение в анамнезе

3) хроническая гипоксия плода

4) множественная миома матки

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

99.В диагностике тазового предлежания плода большое значение имеет следующее

1) высокое стояние дна матки

2) расположение места наиболее отчетливого выслушивания сердцебиения плода выше пупка

3) определение над входом в малый таз крупной части плода, баллотирующей

4) определение в дне матки крупной части плода, небаллотирующей

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

100.Показанием к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода является

1) анатомическое сужение таза

2) возраст первородящей старше 35 лет

3) привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе

4) гипотрофия плода различной этиологии

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-верно только 4

101.К операции корпорального (классического) кесарева сечения могут быть следующие показания

1) второй триместр беременности

2) бывшее ранее корпоральное кесарево сечение

3) наличие шеечно-перешеечного миоматозного узла

4) планируемая вслед за операцией кесарева сечения надвлагалищная ампутация или экстирпация матки

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

102.Ревматизм поражает преимущественно

а-митральный клапан сердца

б-аортальный клапан

в-трехстворчатый клапан

г-клапан легочной артерии

103.Ревматизм - это заболевание

а-паразитарное

б-инфекционно-аллергическое

в-гормональное

г-наследственное

104.Наличие активного ревматизма

А-ухудшает прогноз беременности

б-не влияет на исход беременности

в-вызывает прерывание беременности

105.Об активности ревматизма, как правило, свидетельствует

а-лейкоцитоз за счет нейтрофилов
б-резко положительная реакция на С-реактивный белок
в-ДФА-проба
г-все перечисленное
д-ничего из перечисленного

106.Беременность противопоказана
а-при остром и подостром течении ревматизма
б-если после последней ревматической атаки прошло меньше 6 месяцев
в-при вялотекущем ревматизме
г-при непрерывно-рецидивирующем ревмокардите
д-при всем перечисленном

107.Тахикардия, одышка при незначительной физической нагрузке, явления застоя в легких, отеки, исчезающие в покое, характерны для следующей стадии сердечной недостаточности
а-I
б-IIА
в-IIБ
г-III

108.При пролапсе митрального клапана беременность
а-можно сохранить
б-прервать
в-продолжить в зависимости от состояния

109.У беременных с артериальной гипотонией часто встречается
а-сердечная недостаточность
б-почечная недостаточность
в-плацентарная недостаточность
г-ничего из перечисленного

110.Наиболее часто вирусная инфекция попадает к плоду
а-параплацентарно
б-трансплацентарно
в-восходящим путем
г-всеми перечисленными путями
д-никаким из перечисленных путей

111.К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен
а-в ранние сроки беременности
б-в середине беременности
в-в последние сроки беременности

112.Хронические инфекционные процессы во время беременности, как правило
а-находятся в стойкой ремиссии
б-обостряются
в-влияние не выявлено
г-регрессируют

113.Эмбриопатии при внутриутробном инфицировании наиболее характерны для инфекций
а-микотических
б-бактериальных
в-вирусных
г-паразитарных

114.Воспалительная реакция у плода в ответ на инфицирование начинает формироваться, как правило, в сроки беременности
а-8-12 недель
б-12-15 недель
в-16-27 недель
г-28-32 недели
д-33-36 недель

115.При заболевании гриппом в I триместре беременности возможны следующие осложнения
а-аномалии развития плода
б-внутриутробное инфицирование плаценты
в-самопроизвольный выкидыш
г+все перечисленные

116.При первичном инфицировании женщины генитальным герпесом во время беременности очень часто отмечается
а-самопроизвольный выкидыш
б-преждевременные роды
в-антенатальная гибель плода
г-все перечисленное
д-ничего из перечисленного

117.Беременные заболевают эпидемическим гепатитом по сравнению с небеременными
а-значительно чаще
б-значительно реже
г-особых различий в частоте заболеваемости не выявлено

118.Возможные пути инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции
а-трансплацентарный
б-при прохождении плода через естественные родовые пути во время родов
в-грудное вскармливание
г-все перечисленные

119.Гельминтозы часто имитируют у беременных развитие
а-печеночной недостаточности
б-язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
в-холецистита
г-раннего токсикоза

120.Среди осложнений беременности при глистных инвазиях часто встречается
а-прерывание беременности
б-развитие анемии

в-гестозы
г-все перечисленное
д-ничего из перечисленного

121. Урогенитальный хламидиоз - это инфекция, вызванная
а-внутриклеточным паразитом
б-вирусом
в-бактерией
г-ничем из перечисленного

122. Инфицирование плода при наличии хламидийной инфекции у беременной происходит преимущественно
а-восходящим путем
б-во время родов
в-всеми перечисленными путями
г-никаким из перечисленных путей

123. Клинически урогенитальный хламидиоз у беременной протекает чаще
а-с выраженной воспалительной реакцией
б+бессимптомно
в-с поражением соседних органов

124. Гонорейное поражение влагалища при беременности
а-возможно
б-невозможно
в-только при наличии других неспецифических инфекций

125. При заболевании гонореей у беременных, как правило, возникает
а-гестоз
б-токсикоз
в-преждевременное прерывание беременности
г-предлежание плаценты
д-ничего из перечисленного

126. Инфицирование плода и новорожденного при гонорее обычно происходит
а-трансплацентарно
б-восходящим путем
в-во время родов

127. В послеродовом периоде гонорея поражает
а-только верхний отдел гениталий
б-только нижний отдел гениталий
в-верхний и нижний отделы гениталий

128. Заболевание гонореей во время беременности является основанием
а-для сохранения беременности
б-для прерывания беременности
в-для соответствующего лечения на фоне пролонгирования беременности

129. Влагалищная трихомонада относится

а-к простейшим

б-к бактериям

в-к вирусам

г-к паразитам

д-к грибам

130. Заражение трихомониазом беременных происходит обычно

а-воздушно-капельным путем

б-половым путем

в-через кровь при инъекциях

г-алиментарным путем

131. Наличие грибкового поражения влагалища у беременной является

а-ассоциативным поражением при кольпитах

б-следствием неправильного применения антибиотиков

в-всем перечисленным

г-ничем из перечисленного

132. Грибковые поражения гениталий у беременных часто сочетаются с поражением

а-мочевыводящих путей

б-печени

в-сердца

г-кишечника

д-суставов

133. При наличии активного сифилиса у беременных плод заражается

а-часто

б-редко

в-всегда

г-никогда

134. Все беременные, больные сифилисом, подлежат лечению

а-в венерологической больнице

б-в родильном доме

в-в женской консультации

135. Новорожденные от матери с сифилисом подлежат

а-специфическому лечению

б-специфическому наблюдению

г-лечению, если мать не прошла полного курса при беременности

136. Во время родов у женщин с сифилисом возникает

а-опасность генерализации инфекции

б-опасность заражения персонала

в-опасность дополнительного инфицирования плода

г-все перечисленное

д-ничего из перечисленного

137. Родоразрешение у больных сифилисом, как правило, проводят

а-консервативно, в срок родов

б-операцией кесарева сечения (при доношенной беременности)

в-операцией кесарева сечения за 2-3 недели до срока родов

г-наложением выходных акушерских щипцов

138. При сочетании миопии и беременности для решения вопроса о сохранении последней необходимо учитывать

а-степень прогрессирования миопии при беременности

б-изменения на глазном дне

в-все перечисленное

г-ничего из перечисленного

139. Показанием к кесареву сечению при миопии является

а-высокая степень миопии

б-амавроз

в-отслойка сетчатки

г-все перечисленное

д-ничего из перечисленного

140. При возникновении беременности у больных эпилепсией показано

а-сохранение беременности

б-прерывание во II триместре

в-прерывание в III триместре

г-прерывание при ухудшении состояния больной

141. Следующие формы туберкулеза легких являются противопоказанием для беременности

а-любая форма заболевания

б-мелкоочаговая

в-ограниченная фиброзно-очаговая

г-фиброзно-кавернозная

142. Грудное вскармливание противопоказано родильницам

а-с активной формой туберкулеза

б-резко ослабленным

в-всем перечисленным

143. Изоляция новорожденного от матери с активной формой туберкулеза легких

а+необходима

б-не обязательна

в-по желанию женщины

144. Факторами, способствующими развитию холецистита и холелитиаза у беременных, являются

а-длительное прогестероновое влияние

б-гиперхолестеринемия

в-изменение положения и моторики желчного пузыря и протоков

г-все перечисленные

д-ничего из перечисленного

145. Для уточнения диагноза хронического холецистита у беременных следует произвести
а-рентгенографию
б-радиохолецистографию
в-все перечисленное
г-ничего из перечисленного

146. Инсулин - это анаболический гормон, способствующий
а-утилизации глюкозы
б-биосинтезу гликогена
в-биосинтезу белков
г-всему перечисленному

147. Факторы, являющиеся причинами развития сахарного диабета, - это
а-заболевание поджелудочной железы
б-заболевание других желез внутренней секреции
в-нарушение рецепции к инсулину
г-генетически обусловленные нарушения
д-все перечисленные

148. Сахарный диабет - это заболевание, в основе которого лежит
а-абсолютная недостаточность инсулина в организме
б-относительная недостаточность инсулина в организме
в-нарушение обмена веществ
г-все перечисленное

149. Основными симптомами сахарного диабета являются
а-жажда
б-сухость во рту
в-кожный зуд
г-полиурия
д-все перечисленные

150. Для диагностики сахарного диабета дополнительным методом исследования является определение
а-содержания глюкозы в крови и в моче
б-содержания кетоновых тел в крови
в-содержания ацетона в моче
г-проведение глюкозотолерантного теста
д-всего перечисленного

151. Содержание глюкозы в крови в норме натощак при применении орто-толуидинового 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)

152. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются

следующие осложнения

а-поздний токсикоз

б-ангиопатия сетчатки

в-активация хронической инфекции в мочевыводящих путях

г-все перечисленные

153.Для легкой степени тяжести сахарного диабета характерно следующее

а-уровень гликемии натощак больше 7.7 ммоль/л (140 мг%), но не превышает 12.21 ммоль/л (220 мг%)

б-уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%)

-для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов

г-все перечисленное

д-ничего из перечисленного

155.Показатели, свидетельствующие о наличии тяжелой формы сахарного диабета

а-уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%)

б-для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов

в-нередко развивается артериальная гипертензия, ишемическая болезнь миокарда

с-все перечисленные

156.Основными симптомами, предшествующими развитию гиперкетонемической диабетической комы, являются

а-тошнота, рвота

б-появление запаха ацетона в выдыхаемом воздухе

в-потеря аппетита,г снижение веса тела

г-все перечисленные

д-ничего из перечисленного

157.Предвестниками гипогликемической комы являются

а-беспокойство, двигательное возбуждение

б-чувство голода

в-потливость

г-все перечисленные

158.Для гиперкетонемической (диабетической) комы характерно следующее

а-полиурия

б-тахикардия

в-снижение тонуса глазных яблок, тургора кожи

г-все перечисленное

159.Симптомами, характерными для гипогликемической комы, являются

а-профузный пот

б-клонические и тонические судороги

в-повышение тонуса глазных яблок

г-все перечисленные

160.Основными признаками, характерными для диабетической фетопатии, являются

а-большая масса тела при рождении
б-чрезмерное развитие подкожножировой клетчатки
в-недоразвитие нижней части туловища и конечностей
г-все перечисленные

161.Причиной развития несахарного диабета является
а-нарушение продукции минералокортикоидов
б-недостаточность секреции антидиуретического гормона (АДГ)
в-повышенная продукция адренкортикотропного гормона (АКТГ)

162.Клиническими проявлениями несахарного диабета являются все перечисленные, кроме
а-выраженной стойкой гипертензии
б-полиурии
в-низкой удельной плотности мочи (1000-1007)
г-жажды

163.Для болезни Иценко - Кушинга характерно все перечисленное, кроме
а-повышенной продукции соматотропного гормона
б-повышенной продукции АКТГ
в-гиперпродукции глюкокортикоидов
г-повышенной продукции минералокортикоидов

164.Влияние беременности на функцию щитовидной железы
а-не оказывает влияния на функцию щитовидной железы
б-угнетает ее функцию
в-усиливает ее функцию

165.Истинная железodefицитная анемия развивается, как правило, со срока беременности
а-8 недель
б-12 недель
в-16 недель
г-20 недель
д-28 недель

166.К развитию железodefицитной анемии предрасполагают следующие факторы, кроме
а-снижения поступления железа с пищей вследствие неправильного питания
б-нарушения всасывания железа в связи с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта
в-нарушения нормального созревания клеток красного ряда в связи с дефицитом витамина В12
г-многоплодной беременности
д-часто следующих друг за другом беременностей, длительных лактаций

167.Достоверным признаком железodefицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины
а-80 г/л
б-90 г/л
в-100 г/л
г-110 г/л

д-120 г/л

168. Уровень цветного показателя крови, свидетельствующий о развитии железодефицитной анемии, ниже

а-1.5

б-1

в-0.95

г-0.9

д-0.85

169. Для железодефицитной анемии беременных характерны следующие клинические симптомы, кроме

а-слабости

в-одышки, обмороков

г-головной боли, головокружения

д-сухости во рту

е-ломкости ногтей, выпадения волос

170. При гестационном пиелонефрите инфекционный агент проникает в почку, как правило, путем

а-лимфогенным

б-уриногенным

в-гематогенным

171. Фактором, способствующим развитию пиелонефрита у беременных (кроме наличия инфекционного начала), является

а-изменение гормонального фона (уровень и соотношение эстрогенов и прогестерона)

б-наличие рефлюксов

в-переохлаждение

г-нарушение оттока мочи (сдавление мочеточников беременной маткой, наличие камней)

д-все перечисленное

172. Для лечения острого пиелонефрита применяются все перечисленные антибиотики, кроме

а-пенициллина

б-ампициллина

в-цефтриаксона

г-тетрациклина

173. При бессимптомной бактериурии во время беременности следует

а-прервать беременность

б-сохранить беременность, но провести лечение как при пиелонефрите

в-провести ретроградную пиелографию для уточнения диагноза

174. Симптомами мочекаменной болезни являются

а-боль

б-отеки

в-гематурия

г-отхождение камней

д-все перечисленные

175.К группе риска по развитию пиелонефрита относятся беременные

- а-с заболеванием почек в анамнезе
 - б-перенесшие в детстве скарлатину
 - в-с гипертензией неясной этиологии
 - г-с бессимптомной бактериурией
- д-со всем перечисленным**

176.Следующие лабораторные данные указывают на острый гломерулонефрит, кроме

- а-альбуминурии
 - б-цилиндрурии
 - в-микрогематурии
 - г-олигурии
- д-выраженной пиурии**

177.Симптомами острого гестационного пиелонефрита являются все перечисленные, кроме

- а-высокой температуры тела, нередко озноба
 - б-сильной головной боли
 - в-боли в поясничной области, соответствующей стороне поражения
 - г-усиления болей в положении на стороне, противоположной больной почке
- д+отеков**

178.Особенностями течения беременности при хроническом пиелонефрите (в отличие от того же при гестационном пиелонефрите) являются все перечисленные, кроме

- а-часто развивается поздний выкидыш или преждевременные роды
 - б-часто присоединяется поздний токсикоз беременных
 - в-как правило, развивается внутриутробное инфицирование плода
- г-не оказывает существенного влияния на течение беременности**

179.Для диагностики железодефицитной анемии беременных используются следующие критерии

- а-уменьшение содержания сывороточного железа до 10 мкг/л
 - б-снижение гематокрита менее 0.33
 - в-наличие гипохромии эритроцитов, анизоцитоза, пойкилоцитоза
- г-верно все перечисленное**

180.В диагностике хронического пиелонефрита у беременных имеет значение все перечисленное, кроме

- а-пиурии
 - б-раннего развития позднего токсикоза (с 20-22 недель беременности)
 - в-анемии
- г+гематурии**
- д-бессимптомной бактериурии

181.При гипотиреозе наиболее характерными осложнениями беременности являются все перечисленные, кроме

- а-аномалий развития плода

б-невынашивания беременности

в-влений сердечной недостаточности, начиная с 28-30 недель беременности

г-развития железофолиеводефицитной анемии

д-внутриутробной смерти плода

182.Полная отслойка плаценты значительно чаще развивается у беременных

а-с миомой матки

б-с кистой яичника

в-с артериальной гипертензией

г-с артериальной гипотонией

183.Предлежанию плаценты часто сопутствует

а-плотное прикрепление плаценты

б-истинное приращение плаценты

в-анемизация женщины

г-все перечисленное

184.Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является

а-внезапность их появления

б-их повторяемость

в-анемизация беременной

г+все перечисленное

185.Нарушение системы гемостаза чаще всего происходит

а-при тяжелом гестозе

б-при преждевременной отслойке плаценты

в-при большой кровопотере любого происхождения

г-при шоке лобного происхождения

д-при всем перечисленном

186.При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное
ручное обследование послеродовой матки производить

а-обязательно

б-не обязательно

в-в зависимости от величины кровопотери

г-в зависимости от уровня артериального давления

187.При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование послеродовой
матки производить

а-обязательно

б-не обязательно

б-в зависимости от кровопотери

г-в зависимости от состояния родильницы

188.Патология, при которой возможно развитие шеечно-перешеечной беременности

а-воспалительные заболевания шейки матки и области перешейка

б-эндометрит

в-гипоплазия матки

г-верно все перечисленное

189. Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации плаценты является

- а-наружное акушерское исследование
- б-внутреннее акушерское исследование
- в-кольпоскопия
- г-амниоскопия
- д+ультразвуковое сканирование

190. Прогноз развития шеечно-перешеечной беременности, как правило, следующий

- а+значительно чаще прерывается в первой половине беременности**
- б-значительно чаще прерывается во второй половине беременности
- в-одинаково часто прерывается и в первой, и во второй половинах беременности
- г-прерывание беременности наступает только во время операции медаборта
- д-донашивается до срока родов

191. Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется

- а-обильным кровотечением**
- б-сильными болями внизу живота
- в-длительной гипотонией
- г-гибелью плода
- д-всем перечисленным

192. При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно

- а-эксцентричное расположение наружного зева
- б-бочкообразная форма шейки матки
- в-резкий цианоз влагалищной порции шейки матки
- г-все перечисленное**
- д-ничего из перечисленного

193. Шеечную беременность следует дифференцировать (в первые месяцы беременности)

- а-с миомой матки
- б-с внематочной беременностью
- в-с абортom в ходу
- г+со всем перечисленным**

194. Показанием для ручного обследования послеродовой матки является

- а-повышенная кровопотеря
- б-сомнение в целостности плаценты
- в-сомнение в целостности стенки матки
- г-все перечисленное**
- д-ничего из перечисленного

195. При ведении беременной с полным предлежанием плаценты нельзя

- а-выписывать ее из родильного дома вплоть до родоразрешения
- б-производить влагалищное исследование вне операционной
- в-назначать слабительные медикаментозные препараты
- г-все перечисленное**

д-ничего из перечисленного

196. Массивное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлено нарушением

а-системы свертывания крови

б-сократительной способности матки

в-все перечисленного

г-ничего из перечисленного

197. Показанием к ручному отделению плаценты, как правило, является

а-умеренные кровянистые выделения из половых путей при отсутствии признаков отделения плаценты

б-обильные кровянистые выделения из половых путей при наличии признаков отделения плаценты

в-длительное (более 1 ч) течение послеродового периода при отсутствии кровянистых выделений из половых путей

г+все перечисленное

198. К основным причинам патологии раннего послеродового периода относят

а-задержку в матке дольки плаценты

б-гипотонию матки

в-кровотечение вследствие нарушения функции свертывающей системы крови

г-все перечисленное

д-ничего из перечисленного

199. Шоковый индекс - это

а+частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД

б-частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД

в-частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса

г-ничего из перечисленного

200. О реологии крови можно судить

а-по белковому составу плазмы крови

б-по величине гематокрита

в-по скорости оседания эритроцитов

г-по всему перечисленному

201. При компенсированной кровопотере, как правило, происходит

а-генерализованный спазм сосудов

б-непродолжительная гипертензия

в-снижение диуреза

г-повышение общего периферического сосудистого сопротивления

д-все перечисленное

202. Централизация кровообращения, являясь компенсаторной реакцией на кровопотерю в родах, вызывает в организме

а-перераспределение крови

б-сохранение кровоснабжения жизненно важных органов (мозг, сердце, легкие, печень, почки)

в-поддерживает артериальное давление на уровне выше критического
г+верно все перечисленное

203. Геморрагический шок - это
а-срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
б-несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
в-экстремальное состояние организма
г-кризис гемодинамики и микроциркуляции
д-все перечисленное

204. При геморрагическом шоке происходит
а-резкая активация фибринолиза
б-потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов
в-все перечисленное
г-ничего из перечисленного

205. Выделяют следующие фазы острой формы ДВС-синдрома, кроме
а+длительно существующей гиперкоагуляции
б-скоротечной гиперкоагуляции
в-коагулопатии потребления
г-гипокоагуляции

207. ДВС-синдром - это
а-синдром нарушения гемостаза
б-прижизненное образование тромбоцитарно-фибриновых тромбов в системе микроциркуляции
в-сладжирование крови
г-все перечисленное

208. Акушерский геморрагический шок - это критическое состояние, связанное с кровопотерей, в результате которой развивается
а-кризис макроциркуляции
б-кризис микроциркуляции
в-быстрое присоединение коагулопатического кровотечения
г-все перечисленное

209. Гепарин обладает активностью
а-антитромбопластиновой
б-антиромбиновой
в-всей перечисленной
г-никакой из перечисленных

210. Следующие виды акушерской патологии способствуют развитию острой формы ДВС-синдрома
а-массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде
б-преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
в-эмболия околоплодными водами
г-верно все перечисленное

211. Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно
а-тонус матки снижен

б-характер кровотечения непрерывный

в-сгустки рыхлые, легко растворимые

г-кровь не свертывается

д-ничего из перечисленного

212. Факторы риска развития ДВС-синдрома при кровотечении вследствие частичной отслойки
предлежащей плаценты

а-анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей

б-отсутствие корригирующих лечебных мероприятий на фоне повторяющихся небольших
кровянистых выделений из половых путей

в-запоздалое возмещение кровопотери (без учета кровопотери, бывшей ранее)

г-все перечисленные факторы

213. Клиническая картина при предлежании плаценты, как правило, характеризуется

1) возникновением кровотечения из половых путей

2) повторяемостью кровотечения из половых путей

3) высоким процентом косых и поперечных положений плода

4) высоким процентом преждевременных родов

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

214. Основными причинами развития предлежания плаценты являются

1) дистрофические изменения слизистой оболочки матки

2) подслизистая миома матки

3) деформация полости матки при аномалии ее развития

4) инфантилизм

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

215. Предлежание плаценты чаще всего развивается

1) у повторнобеременных

2) у повторнородящих

3) у молодых первородящих

4) у пожилых первородящих

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

216. Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты наиболее характерны следующие клинические признаки

- 1) артериальная гипотония
- 2) тахикардия
- 3) гипертонус матки
- 4) нарушение состояния плода

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

217. Выбор акушерской тактики при предлежании плаценты и наличии кровотечения из половых путей, как правило, зависит

- 1) от выраженности кровотечения
- 2) от состояния родовых путей (закрытый зев, степень раскрытия маточного зева)
- 3) от общего состояния женщины (беременной, роженицы)
- 4) от состояния плода (живой, мертвый)

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

218. Для профилактики предлежания плаценты у женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом показано

- 1) соблюдение интервала между беременностями не менее 2.5-3 лет
- 2) лечение хронического эндометрита
- 3) нормализация функции яичников
- 4) здоровый образ жизни

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

219. При полной преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты диагностика, как правило, осуществляется на основании

- 1) анализа клинических данных
- 2) анализа данных анамнеза
- 3) ультразвукового исследования
- 4) рентгенологического исследования

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

220. При обращении в женскую консультацию беременной с жалобами на кровянистые

выделения из половых путей (во второй половине беременности) тактика акушера-гинеколога должна быть следующей

- 1) произвести осторожный общий осмотр
- 2) произвести осторожное наружное акушерское исследование
- 3) немедленно направить беременную в родильный дом
- 4) организовать наблюдение за беременной в дневном стационаре (в женской консультации)

а+правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

221.Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, как правило, обусловлено

- 1) гипотонией матки
- 2) нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа
- 3) разрывами родовых путей
- 4) нарушением системы свертывания крови

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

222.При наличии полного истинного приращения плаценты, как правило, имеет место

- 1) крайне отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
- 2) отсутствие признаков отделения плаценты
- 3) отсутствие кровянистых выделений из половых путей
- 4) массивное кровотечение при попытке ручного отделения плаценты

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

223.К патологии последового и раннего послеродового периодов приводят следующие этиологические факторы

- 1) аномалии развития матки
- 2) чрезмерное применение в родах сокращающих матку средств
- 3) чрезмерное растяжение матки при многоплодии, многоводии
- 4) попытки выжимания последа по Креде (при отсутствии признаков отделения плаценты)

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

224.Гипотония матки в послеродовом периоде чаще всего обусловлена

- 1) перерастяжением матки (многоводие, многоплодие, крупный плод)

- 2) инфантилизмом
- 3) воспалительными и дистрофическими изменениями миометрия
- 4) переутомлением женщины в родах

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

225. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде часто имеет место при родах

1) преждевременных

2) запоздалых

3) стремительных

4) быстрых

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

226. Для лечения гипотонии матки применяют препараты

1) окситоцин

2) метилэргометрин

3) глюкозу

4) аскорбиновую кислоту

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

227. Выделяют следующие факторы летальности при послеродовом гипотоническом кровотечении

1) своевременно не возмещенная кровопотеря

2) запоздалая операция удаления матки

3) нарушение техники операции удаления матки (длительная, травматичная)

4) неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия геморрагического шока

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

228. Диагностика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится на основании следующей клинической картины

1) сильное кровотечение из половых путей при расслабленной матке

2) незначительное кровотечение из половых путей через 10-15-30 мин после выделения последа, которое прекращается после наружного массажа матки и применения сокращающих

матку средств, но после короткого промежутка времени вновь возобновляется

- 3) кровотечение из половых путей несмотря на целостность родившегося последа
- 4) кровотечение из половых путей при отсутствии травматического повреждения мягких тканей родового канала

-правильно 1, 2, 3

а-правильно 1, 2

б-все ответы правильны

в-правильно только 4

г-все ответы неправильны

229. Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть связано

- 1) с тяжелым гестозом ОПГ
- 2) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- 3) с наличием мертвого плода в матке
- 4) с эмболией околоплодными водами

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

230. К профилактике гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относится

- 1) родовая медикаментозная подготовка
- 2) рациональное, бережное ведение родов
- 3) адекватное обезболивание родов
- 4) внутривенное введение метилэргометрина в конце II периода родов

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

231. Поздними послеродовыми являются кровотечения, которые начинаются после родов через

- 1) 5-6 ч
- 2) 7-8 ч
- 3) 9-10 ч
- 4) 11-12 ч

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

232. Методом борьбы с послеродовым кровотечением, возникшим на вторые сутки после родов, как правило, является

- 1) гемотрансфузия

- 2) выскабливание послеродовой матки
- 3) применение препаратов тономоторного действия
- 4) ручное обследование послеродовой матки

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

233. В системе гемостаза условно выделяются следующие звенья, действующие в тесной взаимосвязи друг с другом

- 1) тромбоцитарное
- 2) прокоагулянтное
- 3) фибринолитическое
- 4) ингибиторов свертывания крови и фибринолиза

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-правильно только 4

г-все ответы неправильны

234. Фибринолитическое звено системы гемостаза обеспечивает

- 1) лизис фибрина в кровяном русле
- 2) лизис тромбов
- 3) превращение пламиногена в плазмин
- 4) восстановление проходимости сосудов

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-все ответы правильны

г-правильно только 4

д-все ответы неправильны

235. К хронической форме ДВС-синдрома приводит следующая патология

- 1) эклампсия
- 2) преэклампсия
- 3) септический шок
- 4) острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

а-правильно 1, 2, 3

б-правильно 1, 2

в-правильно только 4

г-все ответы неправильны

РАЗДЕЛ: Гестозы беременных

236. Рвота беременных - это полиэтиологическое осложнение, при котором имеется

а-дизадаптация функциональных регуляторных систем организма

б-изменение нормального соотношения процессов возбуждения и торможения в головном мозге

в-дискоординация функций вегетативной нервной системы

г+все перечисленное

237. Развитие тахикардии у женщин с эклампсией зависит, как правило,

а-от гипоксии

б-от интоксикации, обусловленной нарушением метаболизма

в-от гипокалиемии

г-от всего перечисленного

238. При гестозе повышается количество

а-тромбоксана

б-простагландина E

в-и того, и другого

г-ни того, ни другого

239. При гестозе снижается содержание

а-простациклина

б-простагландина F2a

в-и того, и другого

г-ни того, ни другого

240. Простациклины обладают действием

а-вазоконстрикторным

б-вазодилаторным

в-и тем, и другим

г-ни тем, ни другим

241. Простациклины на тромбоциты влияют следующим образом

а-повышают агрегацию

б+снижают агрегацию

в-верно и то, и другое

г-не верно ни то, ни другое

242. Тромбоксан является

а-сильным антиагрегантом

б-усиливает гиперкоагуляцию

в-ни тем, ни другим

243. Тромбоксан стенки сосудов

а-суживает

б-расширяет

в-влияния не оказывает

244. "Диурез при ""чистом"" гестозе беременных " зависит, главным образом

а-от канальцевой реабсорбции

б-от изменений почечной паренхимы

в-от клубочковой фильтрации

г-от всего перечисленного

245. Периферическое сопротивление сосудов при гестозе

а-снижено

б-повышено

в-не изменяется

246.Сердечный выброс при гестозе

а-повышен

б-снижен

в-практически не изменяется

247.Количество тромбоцитов при гестозе

а-повышено

б-снижено

в-практически не изменяется

248."Сочетанные формы гестоза отличаются от ""чистых"" " следующей особенностью

а-начинаются, как правило, после 35-36 недель беременности

б-всегда имеются клинические проявления основного (фонового) заболевания

в-всегда имеется триада Цангемейстера в клинической картине

г+ничего из перечисленного

249.При гестозе содержание простагландинов материнского происхождения (ПГF2а)

а-повышено

б-снижено

в-не изменено

250.При эклампсии содержание простагландинов плодового происхождения (ПГЕ2)

а-повышено

б-снижено

в-существенно не изменено

251.Простагландины E2 синтезируются преимущественно

а-материнской частью плаценты

б-надпочечниками матери

в-гипофизом матери

г-всем перечисленным

д-ничем из перечисленного

252.Простагландины F2а синтезируются преимущественно

а-плодом

б-водной оболочкой

в-плодовой частью плаценты

г-всем перечисленным

д-ничем из перечисленного

253.Простагландины плодового происхождения

а-суживают сосуды почек у матери

б-расширяют сосуды почек у матери

в-нарушают внутрпочечный кровоток у матери

г-все перечисленное неверно

254. При гестозе в крови имеет место

а-дефицит магния

б-избыток содержания магния

в-содержание магния не изменено

255. При гестозе основные изменения липидного обмена сводятся

а-к снижению содержания общего холестерина

б-к снижению содержания б-липопротеидов

в-к снижению содержания свободных жирных кислот

г-ко всему перечисленному

д+ни к чему из перечисленного

256. При тяжелой форме гестоза имеет место

а-повышение содержания ненасыщенных жирных кислот

б-повышение содержания фосфолипидов

в-все перечисленное

г-ничего из перечисленного

257. При гестозе происходит нарушение обмена

а-белкового

б-липидного

в-углеводного

г-водно-электролитного

д-верно все перечисленное

258. Потери белка при гестозе являются следствием

а-снижения синтеза белка в печени

б-потери белка с мочой

в-повышенного потребления белка при ДВС-синдроме

г+всего перечисленного

259. К патогенетическим механизмам гестоза относится

а-гиперволемиа

б-гиповолемиа

в-и то, и другое

г-ни то, ни другое

260. Проницаемость сосудистой стенки при гестозе

а+повышена

б-снижена

в-практически не изменена

261. Вязкость крови при эклампсии

а-повышена

б-снижена

в-не изменена

262. Количество белка в крови при тяжелом гестозе

а-повышено

б-снижено

в-не изменено

263. Диагноз сочетанного гестоза не вызывает сомнения, если

а-клинические проявления гестоза (триада Цангемейстера) появляются в 16-18 недель беременности

б-величина матки превышает таковую при данном сроке беременности (многоводие, крупный плод)

в-рядом с маткой определяются двусторонние кисты яичников

г-все перечисленное

д-ничего из перечисленного

264. Для острого жирового гепатоза характерно все перечисленное, кроме

А-резкого повышения содержания трансаминаз крови (АЛТ, АСТ)

б-гипопротеинемии

в-гипербилирубинемии

г-выраженной изжоги

д-желтухи

265. Беременная в сроке 34 недели перенесла дома приступ эклампсии. При поступлении в родильный дом АД - 150/100 мм рт. ст. Предполагаемая масса плода - 1500 г. Пастозность лица и голеней. Белок в моче - 0.66‰. Родовые пути к родам не готовы. Начата интенсивная комплексная терапия. Правильная врачебная тактика

а-на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 1-2 недели

б-на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 3-4 недели

в-начать родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов

г-родоразрешить путем операции кесарева сечения

266. Беременность 37 недель. Гестоз средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода - 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо

а-пролонгировать беременность на 1-2 недели

б-начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов

в-провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре

г-произвести родоразрешение путем кесарева сечения

267. Эклампсию необходимо дифференцировать

а-с эпилепсией

б-с гипертонической болезнью

в-с опухолью мозга

г-со всем перечисленным

268. Клубочковая фильтрация почек при хроническом гломерулонефрите у беременных, как правило

а-не изменена

б-снижена

в-повышена

269. Лечение гестоза направлено

а-на нормализацию микроциркуляции
б-на нормализацию гемодинамики
в-на ликвидацию гиповолемии
г-на ликвидацию гипопроteinемии
д-на все перечисленное

270.Почечный кровоток при тяжелом гестозе, как правило
а-не изменен
б+снижен
в-повышен

271.Преобладание в анализе мочи по Нечипоренко лейкоцитов наиболее характерно
а-для эклампсии
б-для пиелонефрита
в-для гломерулонефрита
г-для почечно-каменной болезни

272.Повышение артериального давления в I триместре беременности характерно
а-для гипертонической болезни
б-для гестоза
в-для почечно-каменной болезни
г-для поликистоза почек

273.При лечении беременной с тяжелой формой гестоза необходимо учитывать все следующие особенности применения гепарина, кроме
а-внутримышечного введения
б-разовой дозы, равной 5000 ЕД
в-суточной дозы, равной 15000-20000 ЕД
г-применения свежзамороженной плазмы 1 раз в 2-3 дня
д-проведения лечения 3-5 дней

274.Досрочное родоразрешение показано при наличии
а-экламптической комы
б-анурии
в-преэклампсии
г-всего перечисленного
д-ничего из перечисленного

275.При преэклампсии следует
А-срочно произвести родоразрешение
б-срочно произвести гемотрансфузию
в-немедленно произвести плазмаферез
г-подготовить к родоразрешению через 2-3 дня
д-подготовить к родоразрешению в течение 5-7 дней

276.Особенностями ведения родов через естественные родовые пути при гестозе и головном предлежании плода является все перечисленное, кроме
а-соблюдения лечебно-охранительного режима
б-проведения поэтапного адекватного обезболивания

в-раннего вскрытия плодного пузыря
г-проведения вакуум-экстракции плода
д-профилактики аномалии родовой деятельности

277.Относительным показанием к операции кесарева сечения при гестозе является
а-отсутствие должной готовности шейки матки к родам
б-тазовое предлежание плода
в-поздний возраст первородящей
г-юный возраст первородящей
д+все перечисленное
е-ничего из перечисленного

278.Среднее артериальное давление, отражающее степень периферического сосудистого сопротивления, вычисляется по формуле
а-(САД + 2 ДАД)/3
б-(САД + ДАД)/2
в-(2 САД + 2 ДАД)/3
г-(САД + 2 ДАД)/2
д-ничего из перечисленного

279.При назначении лечения беременной с гестозом необходимо учитывать все следующие факторы, кроме
а-срока беременности
б-состояния матери и плода
в-длительности течения гестоза
г+наличия страхового полиса

280.Ухудшение состояния роженицы с гестозом в родах является основанием
а-для более быстрого родоразрешения вплоть до операции кесарева сечения
б-для более активной стимуляции родовой деятельности
в-для рассечения шейки матки и применения вакуум-экстракции плода
г-ни для чего из перечисленного

281.При начавшейся преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты у роженицы с гестозом показано, как правило
а-стимуляция родовой деятельности окситоцином
б-стимуляция родовой деятельности простагландинами
в-применение гипотензивных средств
г-введение реополиглюкин-гепариновой смеси
д-родоразрешение операцией кесарева сечения
е-все перечисленное

282.Изменения в организме матери при гестозе влияют на плод следующим образом
а-преждевременное истощение функции коры надпочечников
б-развивается гиповолемия
в-развивается гипогликемия
г-верно все перечисленное
д-все перечисленное неверно

283. У роженицы с длительно текущим гестозом при беременности 32-34 недели началась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Плод погиб. Действия врача
а-интенсивная терапия и родовозбуждение
б-роды вести через естественные родовые пути с последующей плодоразрушающей операцией
в-операция кесарева сечения по жизненным показаниям со стороны матери
г-срочно применить спазмолитики и токолитики с последующим родоускорением

284. Гестоз - это осложнение, возникающее
а-только во время беременности
б-при высоком содержании в организме пролактина и тромбоксана
в-при хориокарциноме
г-при всем перечисленном
д-ни при чем из перечисленного

285. Показаниями к прерыванию беременности при тяжелом течении гестоза являются
1) пульс до 110-120 ударов в минуту
2) повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль/л
3) дизурические и диспептические симптомы
4) сухой обложенный язык, запах ацетона изо рта
а-верно 1, 2, 3
б-верно 1, 2
в-все перечисленные
г-верно 4
д-ничего из перечисленного

286. При гестозе имеет место
1) повышение эластичности мембраны эритроцитов
2) возрастание количества тромбоцитов
3) дегидратация тканей
4) гиперкоагуляция
-верно 1, 2, 3
а-верно 1, 2
б-все перечисленное
в-верно 4
г-ничего из перечисленного

287. Для гестоза характерно нарушение функции плаценты
1) дыхательной
2) питательной
3) гормональной
4) защитной
а-верно 1, 2, 3
б-верно 1, 2
в-всех перечисленных функций
г-верно 4
д-ни одной из перечисленных функций

288. При гестозе отмечаются следующие патогенетические механизмы

- 1) снижение объема циркулирующей крови
- 2) снижение объема циркулирующей плазмы
- 3) снижение объема циркулирующих эритроцитов
- 4) повышение вязкости крови

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленные

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

289. Гестозы у беременных имеют следующие начальные клинические проявления

- 1) задержка жидкости
- 2) жажда
- 3) никтурия
- 4) обезвоживание, сгущение крови

А-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленные

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

290. В плаценте при гестозе происходит

- 1) повышение кровотока
- 2) снижение антигенной функции
- 3) усиленный синтез эстрогенов
- 4) повышенный синтез хориального гонадотропина

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

291. При гестозе типичными изменениями плаценты, как правило, являются

- 1) тромбоз
- 2) геморрагия
- 3) ишемия
- 4) дистрофия ворсин

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленные

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

292. При исследовании мозга женщин, умерших от эклампсии, находят обычно следующие изменения

- 1) отложение фибрина в сосудистой стенке
- 2) диапедезные геморрагии

- 3) отек мозга
4) кровоизлияния различной локализации
а-верно 1, 2, 3
б-верно 1, 2
в+все перечисленные
г-верно 4
д-ничего из перечисленного

293. Для сочетанных форм гестоза характерно
- 1) проявление в конце III триместра беременности
 - 2) развитие в родах
 - 3) более легкое течение
 - 4) хронический ДВС-синдром
- а-верно 1, 2, 3
б-верно 1, 2
в-все перечисленное
г-верно 4
д-ничего из перечисленного

294. Основными клиническими симптомами гестоза беременных являются
- 1) тошнота
 - 2) рвота
 - 3) изжога
 - 4) диспептические явления диспептические явления
- а-верно 1, 2, 3
б-верно 1, 2
в-все перечисленное
г-верно 4
д-ничего из перечисленного

295. Возможным осложнением при тяжелом течении гестоза является
- 1) кровоизлияние в мозг
 - 2) острый жировой гепатоз
 - 3) острая дыхательная недостаточность
 - 4) психоз
- а-верно 1, 2, 3
б-верно 1, 2
в-все перечисленное
г-верно 4
д-ничего из перечисленного

296. Для оценки тяжести гестоза наиболее точными показателями являются
- 1) раннее начало
 - 2) длительность течения
 - 3) низкое содержание мочевой кислоты
 - 4) снижение содержания белков острой фазы
- а-верно 1, 2, 3
б-верно 1, 2

в-все перечисленное
г-верно 4
д-ничего из перечисленного

297.Признаками тяжелого течения гестоза являются, как правило

- 1) олигурия
- 2) гиперкоагуляция
- 3) анемия
- 4) тромбоцитопения

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

298.К признакам тяжелого течения гестоза относится, как правило

- 1) повышение гематокрита в крови
- 2) низкое содержание белка в плазме крови
- 3) гипоальбуминемия
- 4) гиперурикемия

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

299.Целью инфузионной терапии при тяжелом течении гестоза является

- 1) дезинтоксикация
- 2) гемоконцентрация
- 3) гемодилюция
- 4) обеспечение адекватного диуреза

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

300.Возникновению разрывов промежности в родах способствует

- 1) прорезывание головки плода неблагоприятным размером
- 2) наложение акушерских щипцов
- 3) ригидность тканей промежности
- 4) неправильное ведение родов

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

301.Причины возникновения разрывов влагалища в родах

- 1) инфантилизм
- 2) стремительное течение родов
- 3) крупная головка плода
- 4) неправильные (разгибательные) предлежания головки плода

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

302. При разрыве промежности II степени проводят, как правило, поэтапное зашивание

- 1) слизистой влагалища
- 2) мышц промежности
- 3) кожи промежности
- 4) наружного сфинктера прямой кишки

А-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

303. Профилактика разрывов промежности включает

- 1) соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах
- 2) бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций
- 3) правильное ведение родов
- 4) перинеотомию или эпизиотомию

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

304. Показания к перинеотомии или эпизиотомии

- 1) ригидная промежность
- 2) операция наложения акушерских щипцов
- 3) высокая промежность
- 4) недоношенный плод

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

305. Причины, вызывающие гематомы наружных половых органов и влагалища

- 1) оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец)
- 2) патологические изменения в сосудистой системе
- 3) затяжные роды

4) ригидная промежность

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

306. Возникновению самопроизвольных разрывов шейки матки способствует

1) ригидность шейки матки

2) изменения, связанные с предшествующими воспалительными процессами и травмами шейки матки

3) крупный плод

4) экстракция плода за тазовый конец

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

307. Для клинической картины разрыва шейки матки характерно

1) периодически повторяющееся кровотечение из половых путей

2) гипотония матки

3) ДВС-синдром

4) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

308. Причины разрыва матки во время беременности

1) клинически узкий таз

2) анатомически узкий таз

3) крупный плод

4) несостоятельность послеоперационного рубца на матке

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

309. Причины разрыва матки в родах

1) клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери

2) поперечное положение плода

3) анатомически узкий таз

4) крупный плод

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

310.К разрыву матки предрасполагает

- 1) рубец на матке после операции кесарева сечения
- 2) повреждение матки при аборте
- 3) дегенеративные и воспалительные процессы в матке, перенесенные до настоящей беременности
- 4) инфантилизм

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

311.Причиной насильственного разрыва матки является

- 1) травма
- 2) внешнее воздействие при наличии перерастяжения нижнего маточного сегмента
- 3) рубец на матке
- 4) слабость родовой деятельности

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

312.Состояние, определяющее группы риска по возникновению разрыва матки

- 1) воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов специфической и неспецифической этиологии
- 2) наличие в анамнезе осложненных родов, аборт
- 3) операция кесарева сечения в анамнезе
- 4) неблагополучие социального статуса женщины

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

313.Симптомами угрожающего разрыва матки являются

- 1) гипертонус матки
- 2) высокое стояние contractionного кольца
- 3) болезненность нижнего сегмента матки при пальпации
- 4) потуги при высоко стоящей головке плода

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

314.Симптомами начавшегося разрыва матки являются

- 1) непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз
- 2) выраженная болезненность живота вне схваток или потуг
- 3) кровянистые выделения из матки
- 4) примесь крови в моче

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

315.Клинические признаки совершившегося разрыва матки

- 1) распирающая боль в животе
- 2) тяжелое состояние женщины, связанное с шоком
- 3) прекращение родовой деятельности
- 4) определение частей плода при пальпации непосредственно под брюшной стенкой

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

316.К группе риска по акушерской травме таза относятся беременные

- 1) с симфизиопатией во время беременности
- 2) с крупным плодом
- 3) с узким тазом
- 4) страдающие генитальным инфантилизмом

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

317.Диагностика расхождений и разрывов лонного сочленения основывается

- 1) на учете особенностей течения родов
- 2) на данных клинического исследования
- 3) на УЗИ
- 4) на рентгенографии костей таза

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

318.Профилактика травм уретры, мочевого пузыря во время родов включает

- 1) диагностику анатомически узкого таза
- 2) своевременную диагностику клинически узкого таза
- 3) опорожнение мочевого пузыря при анатомически или же при функционально узком

тазе

4) своевременное выявление аномалий родовой деятельности

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

319. Клиника перфорации матки во время искусственного аборта (при применении анестезиологического пособия)

1) неожиданное более глубокое проникновение инструмента, чем это соответствует размерам матки

2) начавшееся кровотечение

3) резкая болевая реакция

4) шок

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

320. Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются

1) гипофункция яичников

2) ложный мужской гермафродитизм у больной с женским гражданским полом

3) синдром Шерешевского - Тернера

4) гипотизарный нанизм

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

321. Принципы лечения ДМК у больных

1) применение лечебно-диагностического выскабливания матки в репродуктивном и климактерическом периодах жизни женщины

2) нормализация менструальной функции в детородном возрасте

3) прекращение менструальной функции в пременопаузе

4) применение витаминотерапии

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

322. Для атипичной формы климактерического синдрома характерно

1) симпато-адреналовые кризы

2) трансформированный предменструальный синдром

3) тяжелое течение бронхиальной астмы

4) тяжелое течение сахарного диабета

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

323. Для гипофункции коры надпочечников характерно

1) повышение либидо

2) гирсутизм

3) гипертрихоз

4) гипертензия

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

324. При предменструальном синдроме выделяют следующие клинические формы

1) нейропсихическую

2) отечную

3) кризовую

4) цефалгическую

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

325. При лечении больных с климактерическим синдромом используют

1) эстрогены

2) гестагены

3) комбинированные эстроген-гестагенные препараты

4) комбинацию эстрогенов с андрогенами

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

326. Высокая продукция простагландинов в молочной железе вызывает

1) отек

2) венозный стаз

3) пролиферацию эпителия

4) пролиферацию стромы

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

327. Препараты, тормозящие синтез простагландинов

- 1) напросин
- 2) индометацин
- 3) аспирин
- 4) бутадион

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

328. В яичнике происходит биосинтез

- 1) эстрогенов
- 2) гестагенов
- 3) андрогенов
- 4) окситоцина

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

329. Гестагены секретируются

- 1) лютеиновыми клетками желтого тела
- 2) клетками зернистого слоя фолликула
- 3) клетками наружной соединительнотканной оболочки фолликула
- 4) клетками ворот яичника

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

330. Физиологическая аменорея - это отсутствие менструации

- 1) у девочек до 10-12 лет
- 2) во время беременности
- 3) в период лактации
- 4) в старческом возрасте

- а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

331. При гонадных формах первичной аменореи в анамнезе больных, как правило, имеет место

- 1) воздействие на организм родителей вредностей химического производства

- 2) злоупотребление родителей алкоголем
- 3) у матерей больных - позднее начало менструации и различные нарушения менструальной функции
- 4) генные и хромосомные нарушения у близких родственников

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

332.Стойкий двуфазный тип базальной температуры свидетельствует

- 1) о гипертермическом действии прогестерона
- 2) о прошедшей овуляции
- 3) о наличии функционально активного желтого тела
- 4) о полноценной фазе пролиферации

А-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

333.Клинические признаки акромегалии

- 1) укрупнение черт лица
- 2) увеличение кистей и стоп, пальцев кистей и стоп
- 3) утолщение голосовых связок, низкий голос
- 4) макроглоссия

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

334.При маточной форме аменореи имеет место

- 1) нормальное соматическое и половое развитие
- 2) патологический процесс в эндометрии
- 3) неизменная функция системы гипоталамус - гипофиз - яичники
- 4) положительная гормональная проба с эстрогенами и прогестероном

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

335.Методы диагностики маточной аменореи

- 1) гистероскопия
- 2) диагностическое выскабливание матки с последующим гистологическим исследованием соскоба
- 3) гистеросальпингография
- 4) гормональная проба с прогестероном

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

336. Альгоменорея наблюдается на фоне

1) общего и генитального инфантилизма

2) генитального эндометриоза

3) воспалительных заболеваний женских половых органов

4) пороков развития половых органов

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

337. Клинические проявления предменструального синдрома (накануне менструации)

1) головная боль, головокружение

2) депрессия, иногда агрессивность

3) болезненное нагрубание молочных желез

4) прибавка массы тела на 1-2 кг

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

338. Обменно-эндокринные нарушения при климактерическом синдроме

1) ожирение

2) атеросклероз

3) остеопороз

4) боли в суставах и конечностях

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

339. Действие эстрогенов на организм

1) усиливается выработка антител

2) снижается содержание холестерина

3) увеличивается концентрация железа и меди

4) ускоряется синтез высших жирных кислот

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

340. Факторы, способствующие развитию гнойного процесса в молочной железе при лактационном мастите

- 1) слабо выраженная способность железистой ткани к отграничению воспалительного процесса
- 2) склонность к распространению воспалительного процесса по интерстициальным промежуткам в молочной железе
- 3) легкий переход воспалительного процесса на соседние участки железистой ткани
- 4) высокая восприимчивость к инфекции лактирующей молочной железы

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

341. Клинические признаки инфильтративного лактационного мастита

- 1) температура тела субфебрильная или нормальная
- 2) плотный инфильтрат определяется в молочной железе
- 3) регионарные подмышечные лимфоузлы чаще всего увеличены
- 4) резкая болезненность при пальпации молочной железы в области инфильтрата

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

342. Для уточнения характера возбудителя послеродового воспалительного заболевания необходимо производить (по показаниям) посев

- 1) гноя
- 2) крови
- 3) содержимого полости матки
- 4) секрета молочных желез

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

343. У больных серозным маститом, как правило, применяют

- 1) антибиотики
- 2) инфузионную терапию (при выраженной интоксикации)
- 3) лечение сопутствующих трещин сосков
- 4) холод локально на участок застоя на 20-30 мин периодически (только в первые сутки)

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в+все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

344. Основные показания к подавлению лактации у больных лактационным маститом

- 1) серозный или инфильтративный мастит при условии отсутствия эффекта от проводимой антибактериальной терапии в течение 1-3 дней
- 2) гнойный мастит с тенденцией к образованию новых очагов (после хирургического вмешательства)
- 3) сочетание лактационного мастита с тяжелым заболеванием других органов
- 4) серозный мастит у женщин, перенесших гнойный мастит после предыдущих родов

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

345. При хроническом эндометрите у больных часто отмечается

- 1) метроррагия
- 2) склонность к невынашиванию беременности
- 3) боли внизу живота во время менструации
- 4) нарушение общего состояния женщин: эйфория или заторможенность

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

346. Основными причинами акушерского перитонита являются

- 1) повышение проницаемости стенки кишечника в результате его пареза
- 2) несостоятельность швов на матке
- 3) эндомиометрит
- 4) аномалии развития матки (двурогая, седловидная)

А-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

347. Для акушерского перитонита, как правило, характерно

- 1) тахикардия
- 2) рецидивирующий парез кишечника
- 3) сухой, обложенный язык
- 4) выраженный дефанс передней брюшной стенки

а+верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

348. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы

- 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании

- 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы
- 3) повышение температуры тела до 39-40°C
- 4) наличие тошноты и рвоты

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

349. При хроническом вульвите неспецифической этиологии имеются следующие клинические проявления

- 1) кожа наружных половых органов утолщена, с инфильтрированными волосяными луковицами
- 2) на поверхности вульвы имеются корочки
- 3) в области больших половых губ всегда бывают множественные изъязвления различной величины
- 4) всегда имеется киста бартолиновой железы

а-верно 1, 2, 3

б+верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

350. Клиническими признаками истинного абсцесса бартолиновой железы являются

- 1) повышение температуры тела до 39-40°C, озноб
- 2) возможно увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения
- 3) определение флюктуации в области увеличенной и болезненной при пальпации бартолиновой железы
- 4) наличие болезненного образования в толще верхней трети большой половой губы (с одной или обеих сторон)

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

351. Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем

- 1) течение заболевания чаще всего хроническое
- 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки
- 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных
- 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

352.В соответствии с существующей классификацией гонореи различают

- 1) свежую гонорею
- 2) хроническую гонорею
- 3) латентную гонорею
- 4) гонококконосительство

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в+все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

353.Особенности менструальной функции у больных с хроническим сальпингоофоритом 1)

гиперменорея

- 2) полименорея
- 3) гипоменорея
- 4) олигоменорея

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

354.Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки

- 1) разрывы промежности
- 2) нарушение гигиены половой жизни
- 3) нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами)
- 4) зияние наружного зева (при нешитых разрывах шейки матки)

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

355.Особенности взятия мазков на GN

- 1) мазки берутся, как правило, из уретры и цервикального канала
- 2) мазки необходимо брать до назначения антибактериальных препаратов
- 3) за 1 час до взятия мазков больная не должна мочиться
- 4) в день взятия мазков женщина не должна подмываться или спринцеваться

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

356.Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых

органов неспецифической этиологии

- 1) предупреждение абортов
- 2) проведение реабилитации после аборта
- 3) своевременная диагностика и лечение подострого эндометрита после родов
- 4) учет противопоказаний к введению внутриматочной спирали

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

357. Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять

- 1) трансабдоминальную эхографию
- 2) трансвагинальную эхографию
- 3) компьютерную томографию
- 4) кульдоскопию

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

358. Факторы риска развития перитонита после операции кесарева сечения

- 1) большая длительность операции и ее травматичность
- 2) интраперитонеальная методика операции на фоне хориоамнионита
- 3) экстренность операции
- 4) волеические нарушения, имеющиеся в первые дни после операции

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

359. Для токсической стадии гинекологического перитонита, как правило, характерно

- 1) снижение фагоцитарной активности лейкоцитов
- 2) снижение уровня общего белка и альбуминоглобулинового коэффициента в сыворотке крови
- 3) резко положительная реакция на С-реактивный белок
- 4) снижение числа моноцитов

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

360. В зависимости от пути инфицирования выделяют следующие основные клинические формы перитонита, развившегося после кесарева сечения

- 1) вследствие послеоперационного расхождения швов на матке

- 2) на фоне хориоамнионита
- 3) вследствие длительного пареза кишечника
- 4) вследствие разрыва гнойного образования придатков матки

А-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

361.Предоперационная подготовка больной, как правило, включает

- 1) проведение тщательной санитарной обработки больной
- 2) обследование всех систем организма
- 3) тщательное исследование состояния половых органов
- 4) назначение антибиотиков за 3-4 дня до операции (с целью профилактики септических осложнений)

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

362.Длительность предоперационной подготовки зависит

- 1) от степени экстренности операции
- 2) от вида сопутствующей экстрагенитальной патологии
- 3) от характера гинекологического заболевания
- 4) от предполагаемого объема предстоящей операции

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

363.Мероприятия, которые следует проводить при подготовке к операции на промежности и влагалище

- 1) исследование флоры влагалища
- 2) санация влагалища при наличии III-IV степени чистоты влагалищного мазка
- 3) регулярное промывание мочевого пузыря и влагалища антисептиками до нормализации состава мочи и приобретения ей кислой реакции (при мочеполовых свищах)
- 4) перевод больной с каловым свищом за 2-3 дня до операции на питание достаточной калорийности и легкой усвояемости (без клетчатки)

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

364.Проведение нижнесрединной лапаротомии предпочтительнее

- 1) при повторных чревосечениях с удалением старого продольного расположения рубца

- 2) при предполагаемом большом объеме операции
- 3) при необходимости тщательной ревизии органов брюшной полости
- 4) при молодом возрасте женщины

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

365.Преимущества нижнесрединной лапаротомии состоят

- 1) в возможности продления разреза кверху (обходя пупок слева)
- 2) в технической простоте исполнения
- 3) в меньшем риске эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
- 4) в возможности раннего вставания больной с постели

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

366.Наиболее типичные возможные осложнения при проведении нижнесрединного разреза передней брюшной стенки

- 1) ранение кишечника или сальника
- 2) ранение мочевого пузыря
- 3) повреждение внутренней подвздошной артерии
- 4) ранение мочеточника

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

367.Пункция брюшной полости через задний свод влагалища должна производиться

- 1) при подозрении на внутрибрюшное кровотечение
- 2) при подозрении на апоплексию яичника с внутренним кровотечением
- 3) при подозрении на нарушенную трубную беременность
- 4) при подозрении на ненарушенную трубную беременность

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

368.Зондирование матки, как правило, производится

- 1) перед искусственным абортом
- 2) перед диагностическим выскабливанием матки
- 3) перед введением в матку ВМС
- 4) при подозрении на наличие подслизистого узла миомы

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

369.Выскабливание эндометрия следует производить

- 1) при дисфункциональном маточном кровотечении
- 2) при подозрении на рак эндометрия
- 3) при гиперплазии эндометрия
- 4) при подозрении на эндомиометрит

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

370.В состав анатомической ножки кисты яичника входит

- 1) воронко-тазовая связка
- 2) собственная связка яичника
- 3) мезовариум
- 4) труба

А-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

371.Показания к экстирпации матки с придатками

- 1) рак эндометрия I стадии
- 2) рак шейки матки Ia стадии
- 3) хориокарцинома
- 4) рак эндометрия III стадии

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

372.Показания для рассечения девственной плевы

- 1) полное ее заращение
- 2) выраженная ее ригидность, препятствующая половой жизни
- 3) необходимость выскабливания матки у женщин, не живших половой жизнью
- 4) развитие вульвовагинита у девочек

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

373. Причиной возникновения крауроза и лейкоплакии вульвы, как правило, является

- 1) трофические нарушения
- 2) нейроэндокринные расстройства
- 3) гипоэстрогения
- 4) снижения функции коры надпочечников

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

374. Гиперпластические процессы и рак эндометрия развиваются чаще всего на фоне

- 1) ановуляции
- 2) ожирения
- 3) сахарного диабета
- 4) гипертонической болезни

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

375. Изменения в яичниках, ведущие к избыточной эстрогенной стимуляции эндометрия, - это

- 1) персистенция фолликула
- 2) атрезия фолликулов
- 3) фолликулярные кисты
- 4) склерокистозные яичники

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

376. Заболевания женщин, ведущие к гиперэстрогении

- 1) ожирение
- 2) цирроз печени
- 3) панкреатит
- 4) гастрит

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

377. К фоновым заболеваниям эндометрия по классификации ВОЗ относится

- 1) железистая гиперплазия
- 2) эндометриальный полип
- 3) железисто-кистозная гиперплазия

4) атипическая гиперплазия

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

378.К фоновым процессам покровного эпителия шейки матки относится

1) псевдоэрозия

2) истинная эрозия

3) лейкоплакия без атипии

4) полип

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

379.К предраку шейки матки относится

1) лейкоплакия с атипией

2) дисплазия

3) папиллома

4) ретенционные кисты

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

380.Дисплазию шейки матки различают

1) слабую

2) умеренную

3) тяжелую

4) смешанную

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

381.Факторы риска по возникновению рака шейки матки

1) более 3 родов в анамнезе

2) вирусная инфекция

3) ожирение

4) первичное бесплодие

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

382. Диагностика рака шейки матки осуществляется с помощью

- 1) гинекологического осмотра
- 2) цитологического исследования соскобов с шейки матки и цервикального канала
- 3) кольпоскопии
- 4) гистологического исследования кусочка шейки матки

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

383. К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят женщин

- 1) начавших раннюю половую жизнь (до 18 лет)
- 2) имеющих роды до 18 лет
- 3) перенесших вирусные заболевания половых органов
- 4) страдающих деформацией шейки матки после ее разрыва в родах

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

384. Цитологический метод с целью раннего выявления патологии шейки матки применяется

- 1) при профилактических осмотрах
- 2) у беременных при первом обращении
- 3) у больных с патогномичными жалобами
- 4) у всех подряд обратившихся к гинекологу

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

385. Материал для гистологического исследования шейки матки получают

- 1) при биопсии
- 2) при конизации
- 3) при ампутации
- 4) при выскабливании цервикального канала

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

386. Лечение фоновых процессов на шейке матки может производиться методом

- 1) электрокоагуляции

- 2) лазерной терапии
- 3) криодеструкции
- 4) ножевой ампутации

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

387.Международная классификация по системе TNM обозначает

- 1) Т - опухоль (тумор)
- 2) N - регионарные лимфатические узлы таза
- 3) M - отдаленные метастазы
- 4) G - дифференцировка опухоли

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

388.Профилактика рака шейки матки состоит

- 1) в диспансеризации больных с применением цитологического и кольпоскопического методов диагностики
- 2) в регулярных профилактических осмотрах женщин с цитологическим исследованием мазков
- 3) в усовершенствовании работы смотровых кабинетов
- 4) в постоянной учебе кадров

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

389.Под трофобластической болезнью матки подразумевают

- 1) пузырьный занос
- 2) инвазивный пузырьный занос
- 3) хориокарциному
- 4) трофобластическую опухоль плацентарного места

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

390.Факторы риска развития патологии молочных желез

- 1) раннее менархе
- 2) отсутствие половой жизни
- 3) поздняя менопауза
- 4) ожирение, сахарный диабет

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

391.К группе риска по опухолям яичников относят женщин

1) с нарушением менструальной функции

2) с первичным бесплодием

3) с миомой матки

4) с эндометриозом

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

392.Для распознавания опухолей яичника используются следующие диагностические методы

1) цитологический

2) эндоскопический

3) ультразвуковой

4) гистологический

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

393.К доброкачественным опухолям яичников относится

1) серозная цистаденома

2) муцинозная цистаденома

3) эндометриоидная цистаденома

4) светлоклеточная опухоль

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

394.К опухолевидным процессам в яичнике относится

1) фолликулярная киста

2) киста желтого тела

3) эндометриоз

4) дермоидная киста

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д+ничего из перечисленного

395. В группу опухолей стромы полового тяжа входит

- 1) гранулезоклеточная опухоль
- 2) текаклеточная опухоль
- 3) андробластома из клеток Лейдига и Сертоли
- 4) фиброма яичника

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

396. "Символ "i" в клинической классификации опухолей яичников (FIGO) " означает

- 1) имеется прорастание капсулы опухолью
- 2) имеется разрыв капсулы
- 3) имеются двусторонние опухоли
- 4) капсула интактна

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

397. При прерывании трубной беременности обычно происходит

- 1) гибель плодного яйца
- 2) снижение содержания хорионического гонадотропина в моче
- 3) отторжение децидуальной оболочки матки
- 4) набухание молочных желез

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

398. Клинические проявления прервавшейся внематочной беременности зависят

- 1) от локализации плодного яйца
- 2) от характера прерывания (разрыв трубы, трубный аборт)
- 3) от срока беременности
- 4) от возраста женщины

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

399. Разрыв беременной трубы надо дифференцировать

- 1) с острым аппендицитом

- 2) с апоплексией яичника
- 3) с перекрутом ножки опухоли яичника
- 4) с пищевой интоксикацией

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

400. Клиническая картина при апоплексии яичника зависит

- 1) от характера кровотечения
- 2) от наличия сопутствующих заболеваний
- 3) от выраженности болевого синдрома
- 4) от возраста больной

а+верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

401. Патологический процесс, нередко предшествующий развитию апоплексии яичника

- 1) хроническое воспаление придатков матки
- 2) мелкокистозное изменение яичника
- 3) хронический аппендицит
- 4) хронический гастрит

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

402. Апоплексия яичника чаще наступает

- 1) в период овуляции
- 2) в стадию васкуляризации желтого тела
- 3) в период созревания граафова фолликула
- 4) в период атрезии фолликулов

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

403. Для клиники апоплексии яичника характерно

- 1) острое начало, появление иногда очень сильных болей внизу живота
- 2) нередко тошнота и рвота на фоне приступа болей
- 3) при обильном кровотечении в брюшную полость возможно возникновение френикус-симптома
- 4) вполне удовлетворительное самочувствие больной, отсутствие признаков значительного кровотечения в брюшную полость

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

404. Абсолютным показанием к операции в гинекологии является

1) внутрибрюшное кровотечение

2) перитонит

3) угроза перфорации tuboовариального абсцесса

4) пельвиоперитонит

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

405. Показанием к оперативному лечению у больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов является

1) пиосальпинкс и пиовар

2) сочетание воспалительного процесса с новообразованием внутренних половых органов

3) tuboовариальное образование, не поддающееся консервативному лечению

4) хронический сальпингоофорит с мелкокистозной дегенерацией яичников

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

406. Пельвиоперитонит - это

1) перитонит, локализованный в области малого таза

2) воспаление брюшины малого таза

3) воспаление клетчатки малого таза

4) воспаление серозного покрова матки

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

407. Развитие перитонита может быть обусловлено

1) нарушением целостности стенок полых органов

2) нарушением проницаемости стенки кишечника

3) воспалением органов брюшной полости

4) острым нарушением кровоснабжения внутренних органов

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

408.Причины развития послеоперационного перитонита

- 1) инфицирование брюшной полости во время операции
- 2) несостоятельность швов
- 3) развитие некроза ткани дистальнее лигатуры при оставлении больших культей
- 4) оставление инородного тела в брюшной полости

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

409.Наиболее характерные клинические симптомы перитонита

- 1) рвота, сухой язык
- 2) задержка стула и газов
- 3) вздутие и напряжение живота
- 4) симптомы раздражения брюшины

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

410.Факторы риска развития перитонита после полостной операции у гинекологической больной

- 1) фон вторичной анемии до операции
- 2) отсутствие адекватного восполнения кровопотери во время операции
- 3) длительность и травматичность операции
- 4) наличие в анамнезе трех и более родов

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

411.Состав хирургической ножки кисты яичника

- 1) собственно яичниковая связка
- 2) воронко-тазовая связка
- 3) мезосальпинкс
- 4) маточная труба

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

412.Некроз миоматозного узла наиболее часто происходит

- 1) во время беременности
- 2) в послеродовом периоде
- 3) в послеабортном периоде
- 4) за 3-5 дней до начала менструации

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

413. Возможным исходом внематочной беременности является

- 1) донашивание беременности до поздних сроков
- 2) обызвествление и мумификация плодного яйца
- 3) трубный аборт на ранних сроках с последующей резорбцией плодного яйца
- 4) разрыв плодместилища, кровотечение и шок

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

414. Факторы риска по развитию эндометриоза яичников

- 1) нарушение соотношения половых и гонадотропных гормонов
- 2) нарушение метаболизма эстрогенов
- 3) длительная гиперэстрогения
- 4) структурные изменения шейки (следствие ДЭК, разрывов, длительно текущих воспалительных процессов)

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

415. Эндометриоз развивается в результате

- 1) дисгормональных расстройств
- 2) патологии яичников
- 3) дисфункции коры надпочечников
- 4) нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

416. К внутреннему генитальному эндометриозу относится следующая локализация

- 1) яичники
- 2) трубы
- 3) серозный покров прямой и сигмовидной кишки
- 4) широкие, крестцово-маточные и круглые связки

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

417. Характерные особенности, присущие внутреннему генитальному эндометриозу

1) развитие массивного спаечного процесса в малом тазу

2) образование крупных кист (до 5-6 см в диаметре)

3) атрофия мышечных волокон, окружающих очаги эндометриоза

4) отсутствие нарушений менструального цикла

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

418. Для эндометриоза шейки матки характерно

1) мажущие кровянистые выделения за несколько дней до менструации и после нее

2) контактные кровотечения, особенно накануне и во время менструации

3) боли при половых сношениях

4) боли в глубине таза, усиливающиеся в сидячем положении

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

419. Для перфорации эндометриоидного образования яичников, как правило, характерно

1) боли в животе

2) признаки раздражения брюшины

3) лейкопения

4) низкая СОЭ

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

420. Перфорацию эндометриоидной кисты яичника следует дифференцировать

1) с апоплексией яичника

2) с внематочной беременностью

3) с перекрутом ножки кисты яичника

4) с острым аппендицитом

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

421.Эндометриоз тела матки следует дифференцировать

- 1) с подслизистой миомой матки
- 2) с полипозом эндометрия
- 3) с раком эндометрия
- 4) с хроническим эндометритом

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

422.Эндометриоз влагалища следует дифференцировать

- 1) с язвенным кольпитом
- 2) с раком влагалища
- 3) с метастазами хориокарциномы во влагалище
- 4) с кистой гартнерового хода

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

423.Факторы риска по развитию генитального эндометриоза

- 1) позднее начало менструаций
- 2) осложненные роды и аборт
- 3) хронический тонзиллит с частыми обострениями в пубертатном возрасте
- 4) альгоменорея с менархе

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

424.Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза

- 1) прямая кишка
- 2) мочевого пузыря
- 3) послеоперационный рубец
- 4) область пупка

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

425.Профилактика развития генитального эндометриоза

- 1) исключение (по возможности) специального гинекологического исследования во время менструации
- 2) проведение реабилитационных мероприятий после осложненных родов

- 3) лечение больных с хроническим эндометритом, сальпингоофоритом
4) проведение диатермокоагуляции псевдоэрозии шейки матки за 1-3 дня до начала менструации

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

426. Причиной бесплодия при дисгенезии гонад является отсутствие

1) ткани яичника или его резкое недоразвитие

2) матки или ее резкое недоразвитие

3) продукции гонадотропинов

4) чувствительности рецепторного аппарата нормально сформированного яичника к гонадотропинам

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

427. Повышенная продукция пролактина у больных с бесплодием может быть обусловлена

1) развитием новообразования в гипоталамусе

2) развитием аденомы гипофиза

3) снижением продукции в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора

4) длительным приемом нейролептиков

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

428. Гиперпролактинемия часто сопровождается

1) ановуляцией

2) недостаточностью лютеиновой фазы цикла

3) аменореей-галактореей

4) повышением продукции ФСГ

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

429. При бесплодии, обусловленном аденогенитальным синдромом, у больных с признаками генитального инфантилизма показано

1) назначение дексаметазона (преднизолон) под контролем 17-кетостероидов в суточном количестве мочи

2) проведение двухфазной гормональной терапии (эстрогены в I фазу, гестагены во II фазу) прерывистыми циклами по 2-3 месяца с интервалом в 2 месяца

- 3) в интервале между гормональной терапией - назначение препаратов, стимулирующих овуляцию (кломифен, клостилбегит), витаминов Е и С во II фазу менструального цикла
- 4) при отсутствии эффекта от предшествующей консервативной терапии - проведение клиновидной резекции яичников

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

430. При бесплодии, обусловленном склерокистозом яичников (СКЯ), и наличии признаков генитального инфантилизма показано

- 1) проведение двухфазной гормональной терапии (эстрогены в I фазу, гестагены во II фазу), прерывистыми циклами по 2-3 месяца с интервалом в 2 месяца
- 2) в интервале между гормональной терапией - назначение препаратов, стимулирующих овуляцию (кломифен, клостилбегит), и витаминов Е и С во II фазу менструального цикла
- 3) при отсутствии эффекта от предшествующей консервативной терапии - проведение клиновидной резекции яичников
- 4) при отсутствии эффекта от предшествующей терапии - удаление надпочечников с последующей заместительной терапией

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

431. При бесплодии, обусловленном склерокистозом яичников (СКЯ), и отсутствии у больной признаков генитального инфантилизма показано

- 1) назначение эстроген-гестагенных препаратов прерывистым курсом (по 2-3 месяца с интервалами 2 месяца) с расчетом на ребаунд-эффект
- 2) в интервале между применением эстроген-гестагенных препаратов - назначение препаратов, стимулирующих овуляцию (кломифен, клостилбегит), и витаминов Е и С во II фазу менструального цикла
- 3) при отсутствии эффекта от предшествующей консервативной терапии - проведение клиновидной резекции яичников
- 4) при отсутствии эффекта от предшествующей терапии - удаление надпочечников с последующей заместительной терапией

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

432. Синдром истощения яичников характеризуется

- 1) прекращением менструаций
- 2) монофазным характером кривой базальной температуры (ниже 37°C)
- 3) отрицательной пробой с прогестероном
- 4) положительной пробой с эстрогенами и прогестероном

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

433. Методы, способствующие восстановлению репродуктивной функции при синдроме истощения яичников

1) назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов в течение 2-3 месяцев

2) стимуляция овуляции кломифеном

3) стимуляция овуляции пергоналом

4) двуфазная гормональная терапия

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

434. Гиперстимуляция яичников может наблюдаться

1) при применении кломифена (кломистилбегита)

2) при применении пергонала

3) при длительном применении комбинированных эстроген-гестагенных препаратов

4) при применении радоновых ванн

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

435. Синдром гиперстимуляции яичников характеризуется

1) появлением болей в одной из подвздошных областей

2) увеличением одного из яичников

3) возможным развитием картины апоплексии яичника

4) гипотрофией яичников

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

436. При выявлении синдрома гиперстимуляции яичников необходимо

1) прекратить применение препарата, стимулирующего овуляцию

2) обеспечить физический и психо-эмоциональный покой

3) заменить другим препаратом, стимулирующим овуляцию

4) срочное чревосечение, удаление или резекция измененного яичника

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное
г-верно 4
д-ничего из перечисленного

437. Возможные причины эндокринного бесплодия

- 1) гипоталамо-гипофизарная недостаточность
- 2) гипоталамо-гипофизарная дисфункция
- 3) яичниковая недостаточность
- 4) гиперандрогения

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

438. При гипоталамо-гипофизарной дисфункции у больных с бесплодием часто наблюдается

- 1) гиперсекреция ФСГ
- 2) гиперсекреция ЛГ
- 3) гиперпролактинемия
- 4) гиперэстрогения

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

439. Синдром истощения яичников необходимо дифференцировать

- 1) с синдромом резистентных яичников
- 2) с синдромом дисгенезии гонад
- 3) с климактерическим синдромом
- 4) с арренобластомой яичника

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

440. Наиболее частыми причинами трубного бесплодия являются

- 1) неспецифические рецидивирующие воспалительные заболевания придатков матки
- 2) специфические воспалительные заболевания придатков матки
- 3) эндометриоз маточных труб
- 4) пороки развития маточных труб

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

441. Факторами, обуславливающими трубное бесплодие при хроническом сальпингоофорите, являются

- 1) сужение или полная облитерация просвета маточных труб
- 2) повреждение реснитчатого эпителия слизистой маточной трубы
- 3) развитие перитубарных спаек
- 4) локальная гипертермия

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

442. Для синдрома резистентных яичников характерно

- 1) высокое содержание гонадотропинов
- 2) гипопластичные яичники при лапароскопии
- 3) наличие первичной (чаще) или вторичной аменореи
- 4) отсутствие в яичниках при гистологическом исследовании премордиальных а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

443. Методами, позволяющими уточнить диагноз иммунологического бесплодия, являются

- 1) определение антиспермальных антител в крови и в шейной слизи
- 2) посткоитальный тест (проба Шуварского - Гунера)
- 3) пенитрационная проба вне организма (проба Курцрок - Миллера)
- 4) определение количества лейкоцитов в шейной слизи

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

444. Хирургическое лечение трубного бесплодия показано

- 1) во всех случаях при выявлении механического трубного бесплодия
- 2) при часто рецидивирующих воспалительных процессах в придатках матки
- 3) при выявлении непроходимости в одной из маточных труб
- 4) при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии и настойчивого стремления женщины иметь детей

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного

445. Для синдрома Штейна - Левенталя характерно:

- 1) нарушение менструального цикла с менархе

2) патологический рост волос через 1.5-2 года после начала менструации

3) бесплодие

4) нормальное развитие молочных желез

а-верно 1, 2, 3

б-верно 1, 2

в-все перечисленное

г-верно 4

д-ничего из перечисленного