

# Акушерство и гинекология

## Ситуационные задачи

Купить: [medkeys.ru/product/akusher/](https://medkeys.ru/product/akusher/)



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На очередной прием к врачу женской консультации обратилась пациентка 29 лет на сроке беременности 24 недели.

### Жалобы

На ощущение сухости во рту, жажду, зуд в области наружных половых органов.

### Анамнез заболевания

Жажда и ощущение сухости во рту появились неделю назад. Указанные симптомы пациентка связала с наличием сухого воздуха в помещении с момента начала отопительного сезона. Три дня назад к вышеописанным жалобам присоединился зуд в области наружных половых органов.

### Анамнез жизни

Из соматических заболеваний пациентка указала на дискинезию желчевыводящих путей, диагностированную 8 лет назад. Менструальная функция не нарушена. Состоит в браке. От беременности предохранялась с помощью прерванного полового акта. Гинекологические заболевания отрицает. Из данных семейного анамнеза, известно, что бабушка пациентки страдает сахарным диабетом II типа.

Первая беременность 5 лет назад завершилась своевременными родами через естественные родовые пути, родился мальчик массой 4480 г, ростом 54 см. Роды осложнились развитием вторичной слабости родовой деятельности и разрывом промежности II степени с последующей перинеоррафией. Настоящая беременность – вторая, протекает с избыточной прибавкой массы тела (10 кг с момента постановки на учет по беременности на сроке 6-7 недель).

### Объективный статус

Рост 168 см, вес 102 кг (ИМТ =  $36,1 \text{ кг/м}^2$ ). Температура тела  $36,6^\circ\text{C}$ . Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, сухие. Язык чистый, сухой. Отмечается пастозность голеней и стоп, передней брюшной стенки, кистей рук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 82 удара в минуту. АД = 125/80 (D), 130/80 (S) мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут. Стул регулярный, оформленный, обычного цвета. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. \_Status obstetricus\_: размеры таза 27-30-34-22 см. Высота стояния дна матки 28 см, окружность живота на уровне пупка 100 см. Матка в нормальном тонусе, не возбудима и безболезненна при пальпации. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода несколько приглушено, ритмичное, 145 ударов в минуту,

выслушивается слева от средней линии живота на 2 см ниже пупка.

Per vaginam: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отмечается некоторая гиперемия в области больших и малых половых губ, а также слизистой преддверия влагалища. Влагалище емкое. Шейка матки отклонена кзади, плотная, длиной 3,0 см, наружный зев закрыт. Предлежащая часть плода пальпируется через своды влагалища, расположена высоко над входом в малый таз. Мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые, молочно-белого цвета, умеренные.

**С целью постановки диагноза данной пациентке в рамках лабораторного обследования необходимо провести**

**Результаты лабораторных методов обследования**

**С целью диагностики осложнений настоящего заболевания у данной пациентки в рамках инструментального обследования следует провести**

**Результаты инструментального метода обследования**

**В качестве диагноза, основанного на результатах осмотра данной пациентки, а также показателях лабораторных и инструментальных методов исследования, можно предположить диагноз**

**Вы назначили пациентке проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с целью диагностики нарушения углеводного обмена во время беременности с использованием сухой глюкозы в количестве + \_\_\_\_\_ + г**

- 50
- 150
- 75
- 100

**При соответствии уровня глюкозы венозной плазмы категории манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета данную пациентку необходимо немедленно направить к**

- терапевту
- клиническому фармакологу
- эндокринологу
- врачу общей практики

**Проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) у данной пациентки НЕ противопоказано при наличии**

- обострении хронического панкреатита
- индивидуальной непереносимости глюкозы
- острого инфекционного заболевания
- одноплодной и многоплодной беременности

**При проведении перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) у данной пациентки уровень глюкозы венозной плазмы оценивается после проведения нагрузки глюкозой с интервалами**

- 30 мин и 2 ч
- 30 мин и 1 ч
- 1 ч и 2 ч
- 1 ч и 3 ч

**При получении результатов глюкозы венозной плазмы у данной пациентки через 1 ч после проведения нагрузки глюкозой в рамках перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) 9,7 ммоль/л следует тест**

- прекратить и выставить диагноз «Манифестный сахарный диабет»
- продолжить и произвести еще два забора крови: через 1 ч и через 2 ч
- продолжить и еще через 1 ч произвести последний забор крови
- прекратить и выставить диагноз «Гестационный сахарный диабет»

**Ведение данной пациентки включает диетотерапию с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров, дозированные аэробные физические нагрузки, а также**

- ведение дневника самоконтроля гликемии
- обязательную трехкратную госпитализацию в стационар
- назначение пероральных сахароснижающих препаратов
- проведение курсов инфузионной терапии

**Показанием к проведению инсулинотерапии у данной пациентки может выступить невозможность достижения целевых уровней гликемии в течение 1-2 недель самоконтроля, а также**

- наличие сахарного диабета у кровных родственников
- непереносимость пероральных сахароснижающих препаратов
- наличие существовавшего ранее сахарного диабета II типа
- наличие признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ

**Расширение показаний к плановому кесареву сечению у данной пациентки целесообразно во избежание родового травматизма (дистоция плечиков) при наличии**

- патологической прибавки массы тела
- избытка амниотической жидкости
- нарушения жирового обмена
- признаков диабетической фетопатии

**Вам необходимо провести плановое родоразрешение данной пациентки не позднее + \_\_\_\_\_ + недель гестации**

- патологической прибавки массы тела
- избытка амниотической жидкости
- нарушения жирового обмена
- признаков диабетической фетопатии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Бригада скорой медицинской помощи прибыла по вызову к первобеременной пациентке 34 лет.

### **Жалобы**

На головную боль, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье.

### **Анамнез заболевания**

Со слов, тошнота и чувство тяжести в правом подреберье появились 3 часа назад. Данные ощущения пациентка связала с погрешностью в диете: накануне она ела жирную и жареную пищу. Самостоятельно приняла 2 таблетки препарата Панкреатин (Мезим), без эффекта. Через 2 часа к вышеуказанным симптомам присоединилась головная боль, в связи с чем пациентка вызвала бригаду скорой помощи.

### **Анамнез жизни**

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает ветряную оспу (в детстве), «простудные» заболевания, хронический гастрит, хронический холецистит. Менархе в 13 лет, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. В качестве метода контрацепции в течение последних 5 лет принимала монофазные КОК (комбинированные оральные контрацептивы). Настоящая беременность – первая, наступила самостоятельно, через 4 месяца после отмены КОК. Беременность протекала без осложнений до 35 недель, когда впервые стали появляться отеки голеней и стоп. В 36 недель на приеме у врача женской консультации зафиксирован подъем цифр АД до 145/90 мм рт. ст. Выписано направление на общий анализ мочи, которую пациентка, со слов, сдать не успела, а также рекомендован к применению препарат Метилдопа

(Допегит) по 250 мг 3 раза в день, который пациентка не принимала по причине удовлетворительного самочувствия. В течение последней недели беременная отметила нарастание отеков с появлением их на кистях рук, передней брюшной стенке и лице, а также снижение количества выделяемой мочи. Общая прибавка массы тела за беременность составила 18 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. Рост 160 см. Вес 90 кг (ИМТ 35,15 кг/м<sup>2</sup>).

Пациентка несколько заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие, чистые. Язык не обложен, сухой.

Область зева не гиперемирована. Отмечаются выраженные отеки нижних и верхних конечностей, передней брюшной стенки, лица. Пульс 92 удара в минуту, повышенного напряжения. АД 165/115 мм рт. ст. (на левой руке) и 165/110 мм рт. ст. (на правой руке). Температура тела 36,7°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча концентрированная. Диурез снижен. Стул оформленный, обычного цвета, 1 раз в 2 суток (тенденция к запорам). Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**\_Status obstetricus\_**: высота стояния дна матки – на два пальца выше середины расстояния между пупком и мечевидным отростком (гестационный срок при расчете с первого дня последней менструации – 38 недель). Матка в нормальном тонусе, безболезненна при пальпации. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 105-110 ударов в минуту.

**На основании жалоб и результатов осмотра данной пациентки в качестве основного диагноза следует предположить**

- патологической прибавки массы тела
- избытка амниотической жидкости
- нарушения жирового обмена
- признаков диабетической фетопатии

### **Диагноз**

**Врачу скорой медицинской помощи необходимо госпитализировать данную пациентку в акушерский стационар предпочтительно 3 уровня, назначить гипотензивный препарат и**

- внутривенную инфузию раствора сульфата магния ( $MgSO_4$ )
- внутримышечную инъекцию раствора метамизола натрия (анальгин)
- сублингвальный прием петлевого диуретика (фуросемид)
- пероральный прием раствора натрия гидрокарбоната (пищевой соды)

**Оптимальной тактикой врача приемного отделения акушерского стационара является госпитализация данной пациентки в**

- операционную для экстренного родоразрешения
- отделение патологии беременности (ОПБ)
- отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)
- родовой блок для проведения индукции родов

**Врачу акушеру, принимающему данную пациентку в стационар, необходимо вызвать в приемное отделение врача анестезиолога-реаниматолога в связи с наличием у пациентки**

- высокого АД
- тошноты
- высокого ЧСС
- олигурии

**К лабораторным методам обследования, необходимым для определения степени тяжести возникшего осложнения у данной пациентки, следует отнести**

- высокого АД
- тошноты
- высокого ЧСС
- олигурии

**Результаты лабораторных методов обследования**

**В качестве инструментальных методов обследования, необходимых для подтверждения диагноза у данной пациентки, необходимо провести**

- высокого АД
- тошноты
- высокого ЧСС
- олигурии

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Препаратом первой линии для лечения гипертензивного синдрома, развившегося в рамках возникшего осложнения беременности у данной пациентки, является**

- клонидин (агонист альфа<sub>2</sub>-адренорецепторов и центральных имидазолиновых рецепторов)
- метопролол (бетта-адреноблокатор)
- метилдопа (альфа<sub>2</sub>-адреномиметик)
- нифедипин (блокатор кальциевых каналов)

**Продолжение инфузии раствора сульфата магния показано данной пациентке с целью профилактики развития**

- судорожного синдрома
- гипертонического криза
- почечной недостаточности
- отека легких

**Рациональной акушерской тактикой дальнейшего ведения данной пациентки является**

- проведение операции кесарева сечения в экстренном порядке
- родоразрешение после стабилизации состояния пациентки
- пролонгирование беременности после стабилизации состояния
- проведение профилактики респираторного дистресс-синдрома плода

**Предпочтительным методом обезболивания данной пациентки при проведении родоразрешения является**

- внутривенное введение опиоидных анальгетиков
- регионарная аналгезия или анестезия
- эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами
- внутримышечное введение транквилизаторов

**К факторам риска, поспособствовавшим развитию грозного осложнения беременности у данной пациентки, следует отнести**

- погрешности в диете
- использование КОК
- одноплодную беременность
- избыточный вес

**При ведении у данной пациентки следующей беременности с целью профилактики преэклампсии рекомендован прием**

- погрешности в диете
- использование КОК
- одноплодную беременность
- избыточный вес

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На очередном приеме у врача женской консультации находится пациентка 26 лет на сроке беременности 28 недель, у которой по результатам анализа крови выявлен титр антирезусных антител в количестве 1:32.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Настоящая беременность – третья, наступила самостоятельно. Первая беременность пять лет назад завершилась посредством искусственного аборта на сроке 11 недель (по данным выписного эпикриза сведений о введении анти-Rh(D)-иммуноглобулина не предоставлено). Вторая беременность два года назад завершилась самопроизвольным выкидышем в сроке 15 недель с последующим инструментальным обследованием стенок полости матки, после чего также не производилось введение анти-Rh(D)-иммуноглобулина.

Данная беременность протекала с явлениями начавшегося выкидыша в сроке 14-15 недель (тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей), по поводу которого проводилась терапия прогестагенами с положительным эффектом (указанные препараты пациентка принимала до 24 недель). Прибавка массы тела с момента постановки на учет в сроке 6-7 недель составила 7 кг.

### **Анамнез жизни**

Из соматических заболеваний пациентка указывает на наличие миопии слабой степени (-2 Дптр), хронического тонзиллита. Группа крови – А (II), резус-фактор – отрицательный. У супруга (отца будущего ребенка) группа крови – 0 (I), резус-фактор – положительный. Менархе в 13 лет, в течение последних 5 лет менструации были нерегулярными, по 7-8 дней, с задержкой до 7-14 дней. В рамках гинекологических заболеваний 5 лет назад диагностирована дисфункция яичников, проводилась терапия препаратами комбинированных оральных контрацептивов в циклическом режиме в течение 6 месяцев с временным положительным эффектом. Также имеется указание на наличие эктопии шейки матки, диагностированной при постановке на учет во время

настоящей беременности (лечение не проводилось). Половая жизнь регулярная, в браке, от беременности не предохранялась.

### **Объективный статус**

Рост 165 см, масса тела 68 кг (ИМТ = 24,9 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы розовой окраски, нормальной влажности, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 74 удара в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. (на обеих руках). Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

\_Status obstetricus\_: высота стояния дна матки – 30 см. Окружность живота 90 см. Матка в нормальном тонусе, не возбудима и безболезненна при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 ударов в минуту.

**На основании данных анамнеза, осмотра и результата анализа крови у данной пациентки можно предположить наличие**

- погрешности в диете
- использование КОК
- одноплодную беременность
- избыточный вес

### **Диагноз**

**Основным лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза у данной пациентки, является**

- погрешности в диете
- использование КОК
- одноплодную беременность
- избыточный вес

### **Результаты**

**Современным инструментальным исследованием, необходимым для диагностики анемии плода у данной пациентки в рамках возникшего осложнения беременности, является**

- погрешности в диете
- использование КОК

- одноплодную беременность
- избыточный вес

## **Результаты**

**На данном этапе, учитывая показатели клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, пациентке необходимо**

- внутримышечно ввести одну дозу анти-Rh(D)-иммуноглобулина (1250-1500 МЕ, что соответствует 250-300 мкг)
- повторить исследование максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода через 7 дней
- произвести экстренное родоразрешение посредством операции кесарева сечения по перинатальным показаниям
- произвести плоду внутриматочное внутрисосудистое переливание отмытых лейкофильтрованных эритроцитов донора (ЭМОЛТ)

**Проведение внутриматочного внутрисосудистого переливания отмытых лейкофильтрованных эритроцитов донора (ЭМОЛТ) плоду показано в случае**

- появления у беременной кровянистых выделений из половых путей
- наличия у беременной титра антирезусных антител выше 1:8
- развития у плода признаков тяжелой анемии
- наличия резус-отрицательной принадлежности крови беременной

**Одним из характерных осложнений проведения внутриматочного внутрисосудистого переливания отмытых лейкофильтрованных эритроцитов донора (ЭМОЛТ) плоду является**

- преждевременная отслойка плаценты
- нарастание степени тяжести преэклампсии
- увеличение индекса амниотической жидкости
- врастание плаценты в стенку матки

**К факторам риска развития резус-изоиммунизации у данной пациентки относится отсутствие проведения специфической профилактики после искусственного прерывания беременности и самопроизвольного выкидыша в анамнезе, а также**

- наличие эктопии шейки матки при постановке на учет
- использование прогестагенов во время беременности
- появление кровянистых выделений в первом триместре
- применение комбинированных оральных контрацептивов

**Согласно клиническим рекомендациям, данной пациентке до 28 недель проводились скрининговые исследования крови на наличие анти-Rh-антител каждые**

- 2 недели
- 7 дней
- 4 недели
- 10 дней

**При отсутствии антирезусных антител по анализу крови у данной пациентки ей была бы показана специфическая антенатальная профилактика резус-изоиммунизации на сроке беременности + \_\_\_\_ + недель**

- 12
- 28
- 16
- 20

**В случае отсутствия изоиммунизации у данной пациентки ей было бы необходимо провести специфическую постнатальную профилактику не позднее + \_\_\_\_\_ + после родоразрешения**

- 1 года
- 3 месяцев
- 72 часов
- 30 суток

**Дополнительная антенатальная профилактика данной пациентке при отсутствии у нее резус-изоиммунизации была показана при (по)**

- постановке на учет по беременности
- завершении процессов плацентации
- появлении кровянистых выделений
- окончании терапии прогестагенами

**Предпочтительным методом родоразрешения данной пациентки сможет выступить операция кесарева сечения в случае развития тяжелой анемии плода, наличия отечной формы гемолитической болезни плода, а также после**

- постановке на учет по беременности
- завершении процессов плацентации
- появлении кровянистых выделений
- окончании терапии прогестагенами

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На внеочередном приеме у врача женской консультации находится повторнобеременная пациентка 32 лет.

### Жалобы

На тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице.

### Анамнез заболевания

Со слов пациентки, тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице беспокоят со вчерашнего вечера. Самостоятельно дважды принимала но-шпу (дротаверин), без эффекта, в связи с чем обратилась к врачу женской консультации.

### Анамнез жизни

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает детские инфекции, «простудные» заболевания. Менархе в 13 лет, менструальная функция не нарушена. Из гинекологических заболеваний указывает на гонорею, уреоплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, диагностированные и пролеченные 8 лет назад (контроль излеченности не проводился). В течение последних трех лет состоит в браке, контрацепцию не использует.

Детородная функция:

- первая беременность 8 лет назад прервана посредством искусственного аборта (вакуум-эксхолеация) на сроке 9-10 недель в связи с выявлением острой гонореи у полового партнера и проведением курса антибактериальной терапии;

- вторая беременность 2 года назад завершилась поздним самопроизвольным выкидышем на сроке 15-16 недель с последующим инструментальным обследованием стенок полости матки;

- третья беременность – настоящая, наступила самостоятельно.

Данная беременность протекала с клиникой угрожающего самопроизвольного выкидыша на сроке 8 недель, в связи с чем проводилось лечение прогестагенами (утрожестан) до 18 недель. В 16 недель и в 28 недель беременности перенесла ОРВИ без повышения температуры тела.

Срок беременности на момент осмотра 30 недель.

### Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Рост 167 см. Вес 72 кг (ИМТ = 25,8). Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Отеков нет. Язык не обложен, влажный. Область зева и миндалин не гиперемирована. Пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. (на обеих

руках). Температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ . В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам гестационному сроку, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был 3 дня назад, оформленный, обычного цвета (имеется тенденция к запорам). Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**\_Status localis\_:** высота стояния дна матки 30 см выше лона; тонус матки повышен, матка при пальпации возбудима, безболезненна. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 удара в минуту.

**На основании жалоб и результатов осмотра беременной необходимо провести дифференциальную диагностику между угрожающими преждевременными родами, патологией органов брюшной полости и**

- преждевременным разрывом плодных оболочек
- люмбалгией с корешковым синдромом
- острой пищевой токсикоинфекцией
- гестационным пиелонефритом

**Основным прогностическим маркером преждевременных родов в рамках инструментального обследования пациентки является УЗ-определение**

- преждевременным разрывом плодных оболочек
- люмбалгией с корешковым синдромом
- острой пищевой токсикоинфекцией
- гестационным пиелонефритом

**Результаты обследования**

**Основным прогностическим маркером преждевременных родов в рамках лабораторного обследования пациентки является определение в цервикальном канале**

- fms-подобной тирозинкиназы-1
- фосфорилированного протеина-1
- плацентарного фактора роста
- $\beta$ -хорионического гонадотропина

**Факторами риска преждевременных родов у данной пациентки являются преждевременное «созревание» шейки матки и**

- терапия прогестагенами в I и II триместрах
- искусственный аборт в анамнезе
- поздний выкидыш в анамнезе
- возраст беременной старше 30 лет

**Для первичной профилактики преждевременных родов рекомендуется**

- применение поливитаминов на предгравидарном этапе
- ограничение повторных внутриматочных манипуляций
- гидратация в целях нормализации плацентарного кровотока
- назначение белково-энергетических пищевых добавок

**Оптимальной тактикой врача женской консультации является госпитализация пациентки в лечебное учреждение + \_\_\_\_ + группы**

- II
- III
- I
- IV

**Проведение токолиза у пациентки при угрожающих преждевременных родах необходимо для осуществления транспортировки беременной в перинатальный центр и**

- профилактики респираторного дистресс-синдрома плода
- подготовки шейки матки с помощью простагландинов E~2~
- индукции родовой деятельности посредством амниотомии
- проведения операции кесарева сечения в плановом порядке

**В качестве препаратов для проведения токолиза у пациенток с угрожающими преждевременными родами наиболее популярными в настоящее время являются блокаторы рецепторов окситоцина и**

- нейромиотропные спазмолитики
- кортикостероидные препараты
- селективные  $\beta_2$ -адреномиметики
- недеполяризующие миорелаксанты

**При угрожающих преждевременных родах целесообразно проводить профилактику РДС (респираторного дистресс-синдрома) плода на сроках беременности + \_\_\_\_\_ + недели/недель**

- 24-34
- 20-22

- 16-18
- 35-37

**С целью профилактики респираторного дистресс-синдрома плода у пациентки с угрожающими преждевременными родами следует использовать дексаметазон или + \_\_\_\_\_ + в курсовой дозе 24 мг**

- гидрокортизон
- бетаметазон
- кортинефф
- преднизолон

**С целью профилактики инфекционных осложнений у данной пациентки при преждевременных родах следует назначить ампициллин или**

- фторхинолоны
- цефалоспорины
- аминогликозиды
- сульфаниламиды

**Несмотря на то, что во время преждевременных родов может быть использован любой вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного, наиболее предпочтительным методом является**

- фторхинолоны
- цефалоспорины
- аминогликозиды
- сульфаниламиды

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первобеременная пациентка 25 лет находится в родовом блоке во втором периоде родов.

### **Жалобы**

На головную боль, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами, боли в животе.

### **Анамнез заболевания**

Регулярная родовая деятельность началась дома 9 часов назад, одновременно произошло излитие околоплодных вод, в связи с чем пациентка вызвала бригаду скорой медицинской помощи и была доставлена в родильный дом. На основании данных осмотра в приемном отделении установлен диагноз:

Беременность 39-40 недель. Головное предлежание. I период родов. Преэклампсия умеренно выраженная. Преждевременное излитие околоплодных вод.

Пациентка госпитализирована в родовой блок для родоразрешения. Первый период родов протекал без осложнений на фоне внутривенной инфузии сульфата магнезии, в родах проводилось обезболивание посредством эпидуральной анальгезии, гипотензивная терапия допегитом (цифры АД находились в пределах 130/85 (D), 140/90 (S) мм рт. ст.).

Во втором периоде родов появились вышеуказанные жалобы.

### **Анамнез жизни**

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает ветряную оспу (в детстве). Менархе в 14 лет, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Настоящая беременность – первая, наступила самостоятельно, протекала без осложнений до 34 недель, когда впервые стали появляться отеки нижних конечностей. Через 2 недели на приеме у врача женской консультации зафиксировано повышение АД до 140/90 мм рт. ст., в общем анализе мочи выявлена протеинурия 0,6 г/л. Пациентке амбулаторно назначен препарат Допегит по 250 мг 3 раза в день, на фоне чего АД стабилизировалось на цифрах 130/85-140/90 мм рт. ст. Протеинурия по данным анализов мочи не превышала 1 г/л.

В течение последней недели пациентка отметила нарастание отеков, уменьшение диуреза.

Общая прибавка массы тела за беременность составила 20 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. АД 160/90 мм рт. ст. (D), 170/100 мм. рт. ст. (S).

Положение плода продольное, предлежание головное. Матка в гипертонусе во время и вне схваток, при пальпации болезненна. Схватки по 50-55 секунд, через 1-2 минуты, потужного характера, резко болезненные. Отмечается урежение ЧСС плода до 90 ударов в минуту без периода восстановления вне потуг. По данным КТГ регистрируется снижение амплитуды variability базального ритма до 2-3 уд/мин с появлением повторяющихся поздних децелераций. В подтекающих околоплодных водах визуализируется кровь. +

По результатам клинического анализа мочи при поступлении протеинурия составила 3,5 г/л.

\_Status obstetricus\_: размеры таза 25-28-31-20 см, размер Соловьева 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см.

\_Per vaginum\_: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное.

Плодного пузыря нет. Головка плода находится в полости малого таза.

Стреловидный шов в правом косом размере, близко к прямому. Малый

родничок слева кпереди. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Пальпируются седалищные бугры и верхушка копчика. Внутренняя поверхность симфиза и крестца, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости не доступны пальпации. Подтекают околоплодные воды, окрашенные кровью.

**На основании жалоб, а также данных анамнеза и объективного обследования у пациентки диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и острая гипоксия плода, фоном для развития которых послужила**

- фторхинолоны
- цефалоспорины
- аминогликозиды
- сульфаниламиды

### **Диагноз**

**К клиническим признакам, указывающим на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты у данной пациентки, относятся болезненность матки при пальпации, появление крови в околоплодных водах, а также**

- наличие схваток потужного характера
- протеинурия более 3 г/л в анализе мочи
- гипертонус матки вне схватки
- появление неврологической симптоматики

**Предиктором развития преэклампсии у данной пациентки могло выступить повышение уровня растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 за 5 недель до клинических проявлений, снижение в первой половине беременности концентрации плазменного протеина А, а также**

- хорионического гонадотропина
- трофобластического ингибина А
- плацентарного фактора роста
- гликопептидного  $\alpha$ -фетопротеина

**К признакам острой гипоксии плода во втором периоде родов на основании показателей интранатальной кардиотокографии следует отнести**

- возникновение ранних децелераций
- наличие стойкой брадикардии
- появление кратковременных акцелераций
- восстановление ритма вне потуги

**Показаниями для родоразрешения \*в экстренном порядке\* (минуты) в данной клинической ситуации является появление признаков острой гипоксии плода и**

- повышение цифр АД до 170/100 мм рт. ст.
- мелькание «мушек» перед глазами
- подозрение на отслойку плаценты
- протеинурия в общем анализе мочи 3,5 г/л

**Оптимальным методом родоразрешения пациентки в данной клинической ситуации является**

- плодоразрушающая операция
- операция кесарева сечения
- наложение акушерских щипцов
- вакуум-экстракция плода

**На основании результатов внутреннего акушерского обследования можно предположить, что головка плода в данный момент родов находится**

- малым сегментом в плоскости входа в малый таз
- большим сегментом в плоскости входа в малый таз
- в плоскости узкой части полости малого таза
- в плоскости широкой части полости малого таза

**Одним из основных условий для проведения влагалищных оперативных родов у данной пациентки является наличие**

- тяжелой преэклампсии
- неврологической симптоматики
- живого плода
- болезненных схваток

**Одним из противопоказаний для проведения вакуум-экстракции плода у данной пациентки является**

- отсутствие клонических судорог
- преждевременное излитие околоплодных вод
- необходимость исключить потуги
- характер вставления предлежащей части

**В качестве обезболивания пациентки при выполнении операции наложения акушерских щипцов в данной клинической ситуации следует воздержаться от использования + \_\_\_\_\_ + анестезии**

- эпидуральной
- эндотрахеальной
- внутривенной
- пудендальной

**Регионарная аналгезия оправдана для данной пациентки при условии, что уровень тромбоцитов по данным ее клинического анализа крови будет не менее  $+ \underline{\hspace{1cm}} + \cdot 10^9 / \text{л}$**

- 200
- 150
- 180
- 75

**В качестве профилактики кровотечения в послеродовом периоде у данной пациентки с преэклампсией следует исключить назначение  $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ , поскольку данный препарат обладает гипертензивным эффектом**

- 200
- 150
- 180
- 75

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 31 года доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 39 недель 3 дня. Накануне была на плановом визите в женской консультации, во время которого ей проведено ультразвуковое исследование.

### **Жалобы**

на схваткообразные боли и кровянистые выделения со сгустками из родовых путей

### **Анамнез заболевания**

С детства страдает периодическими носовыми кровотечениями. Во время наблюдения по поводу данной беременности в женской консультации обнаружен полиморфизм гена фактора V (Лейден).

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;
- периодические носовые кровотечения

- хронические заболевания других органов и систем отрицает.
- гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки средней степени тяжести. Возбуждена. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 96, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, болезненный при пальпации в доступных отделах, не расслабляется после окончания схватки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп и голеней.

**К лабораторным методам исследования, которые необходимо провести данной пациентке для постановки диагноза, относятся**

- 200
- 150
- 180
- 75

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза данной пациентке инструментальным методом обследования является**

- 200
- 150
- 180
- 75

**Результаты инструментального метода обследования**

**Для подтверждения диагноза данной пациентке необходимо выполнить**

- 200
- 150
- 180
- 75

**Результаты**

**Для постановки диагноза необходимо провести пациентке**

- 200
- 150
- 180
- 75

## **Результаты**

### **Дифференциальная диагностика проводится с**

- деструктурирующим пузырным заносом
- дихориальной беременностью
- выпадением петель пуповины
- предлежанием плаценты

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39 недель 3 дня. Головное предлежание плода. Гипохромная анемия легкой степени. Острая внутриутробная гипоксия плода.**

- деструктурирующим пузырным заносом
- дихориальной беременностью
- выпадением петель пуповины
- предлежанием плаценты

## **Диагноз**

**При данной клинической ситуации у роженицы высока вероятность**

- тампонады внутреннего зева шейки
- выворота матки в родах и кровотечения
- гистопатического разрыва плаценты
- маточно-плацентарной имбибиции

**Стратегический план ведения данной пациентки заключается в**

- родоусилении мизопростолом для скорейшего завершения родов
- родоусилении окситоцином для скорейшего завершения родов
- токолизе под контролем КТГ и доплерометрии
- экстренном оперативном родоразрешении

**Лечебная тактика у данной пациентки предусматривает**

- токолиз для улучшения состояния плода
- выжидательный период в родильном отделении
- амниотомию и родоусиление окситоцином

- экстренное кесарево сечение

**Учитывая массивную кровопотерю и острую гипоксию плода, оптимальным доступом для хирургического вмешательства является**

- лапаротомия по Джоэл-Кохену
- нижнесрединная лапаротомия
- лапаротомия по Штарку
- лапаротомия по Пфанненштилю

**Для минимизации кровопотери показано использовать интраоперационно**

- плазмаферез
- плазмаобмен
- Cell-Saver
- гемодилюцию

**Для обезболивания данной роженицы методом выбора является**

- плазмаферез
- плазмаобмен
- Cell-Saver
- гемодилюцию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 34 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 32 недели 5 дней.

### **Жалобы**

на ярко-алые мажущие выделения из родовых путей, которые появились внезапно ночью без болевого синдрома

### **Анамнез заболевания**

После самопроизвольного выкидыша лечилась в гинекологическом стационаре по поводу эндометрита.

### **Анамнез жизни**

- из детских инфекций – краснуха и инфекционный паротит  
- хронические заболевания других органов и систем отрицает

\_Гинекологические заболевания: \_

эндометрит, CIN III– диатермоэлектроэксцизия шейки матки

\_Акушерский анамнез: \_

I беременность – 8 недель медицинский аборт по желанию

II беременность – 13 недель –самопроизвольный выкидыш с abrasio cavi uteri

III беременность – данная, наступила самопроизвольно

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- плазмаферез
- плазмаобмен
- Cell-Saver
- гемодилюцию

### **Результаты**

#### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- плазмаферез
- плазмаобмен
- Cell-Saver
- гемодилюцию

#### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Необходимым для постановки диагноза мануальным методом обследования является + \_\_\_\_\_ + исследование**

- плазмаферез
- плазмаобмен
- Cell-Saver
- гемодилюцию

#### **Результаты мануального метода обследования**

**Дифференциальную диагностику необходимо провести с**

- разрывом селезенки и гемоперитонеумом
- преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- механическим разрывом матки и кровотечением
- выпадением и разрывом петель пуповины

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: «Беременность 32 нед. 5 дней**

- разрывом селезенки и гемоперитонеумом
- преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- механическим разрывом матки и кровотечением
- выпадением и разрывом петель пуповины

### **Диагноз**

**Стратегический план ведения данной беременной заключается в**

- кесаревом сечении с последующей гистерэктомией
- экстренном корпоральном кесаревом сечении
- выписке домой под амбулаторное наблюдение
- выжидательной тактике в родовом отделении

**Тактика ведения данной пациентки заключается в**

- постельном режиме не менее 5 суток и выписке через 10 дней
- экстренном донном кесаревом сечении по жизненным показаниям
- постельном режиме не менее 7 суток и плановом кесаревом сечении
- постельном режиме не менее 3 дней и выписке через 7 дней

**При данной клинической ситуации у роженицы высока вероятность**

- выворота матки в родах и кровотечения
- профузного маточного кровотечения
- насильственно-гистопатического разрыва плаценты
- тампонады внутреннего зева шейки

**Пациентке показана дородовая госпитализация в сроке беременности +\_\_\_\_\_+ недель/недели**

- 34-35
- 30-31
- 31-32
- 32-33

**У данной пациентки при появлении массивной кровопотери показано проведение**

- лапаротомии по Штарку
- нижнесрединной лапаротомии
- лапаротомии по Джоэл-Кохену
- лапаротомии по Пфанненштилю

**Для минимизации кровопотери показано использовать интраоперационно**

- Cell-Saver
- гемодилюцию
- плазмаобмен
- плазмаферез

**При родоразрешении методом анестезии Вы выберите**

- Cell-Saver
- гемодилюцию
- плазмаобмен
- плазмаферез

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 35 недель.

### **Жалобы**

на ярко-алые мажущие выделения из родовых путей, которые появились внезапно на фоне полного здоровья

### **Анамнез заболевания**

После третьего кесарева сечения послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов, по поводу чего проводилась метропластика и дренирование брюшной полости

### **Анамнез жизни**

- из детских инфекций – ветряная оспа и краснуха
- из хронических заболеваний – анемия, хронический гепатит С

\_Гинекологические заболевания: \_

Интерстицио-субсерозная миома матки 7 недель без дегенерации узла

\_Акушерский анамнез: \_

I беременность – 42 недели – кесарево сечение в связи с перенашиванием и неэффективностью индукции родов

II беременность – 40 недель кесарево сечение по поводу рубца на матке

III беременность – 38 недель кесарево сечение по поводу рубца на матке после 2 операций

IV беременность – данная, наступила самопроизвольно

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное.

Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- Cell-Saver
- гемодилюцию
- плазмаобмен
- плазмаферез

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- Cell-Saver
- гемодилюцию
- плазмаобмен
- плазмаферез

### **Результаты инструментальных методов обследования**

Необходимым для постановки диагноза данной пациентке мануальным методом является + \_\_\_\_\_ + обследование

- Cell-Saver
- гемодилюцию
- плазмаобмен
- плазмаферез

## **Результаты мануального метода обследования**

**У данной беременной дифференциальная диагностика проводится с**

- разрывом матки и наружным кровотечением
- преждевременной отслойкой плаценты
- разрывом селезенки и внутренним кровотечением
- выпадением и кровотечением из петель пуповины

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 35 недель. Головное предлежание плода. Анемия средней степени тяжести.**

- разрывом матки и наружным кровотечением
- преждевременной отслойкой плаценты
- разрывом селезенки и внутренним кровотечением
- выпадением и кровотечением из петель пуповины

## **Диагноз**

**У данной пациентки вы произведете нижнесрединную лапаротомию и**

- экстирпацию матки без придатков с плодом
- донное кесарево сечение с метропластикой
- надвлагалищную ампутацию матки без придатков с плодом
- истмическое кесарево сечение с метропластикой

**При отсутствии продолжающегося кровотечения пациентка**

- продолжает лечение в стационаре до родоразрешения в 37 недель
- переводится в стационар второго уровня до родоразрешения
- переводится в стационар первого уровня до родоразрешения
- выписывается домой сразу по прекращению кровотечения

**При данной клинической ситуации у роженицы высока вероятность**

- выворота матки в родах и кровотечения
- профузного маточного кровотечения
- тампонады внутреннего зева шейки
- насильственно-гистопатического разрыва плаценты

**У данной беременной с вращением плаценты родоразрешение должно проводиться в стационаре**

- III уровня в 36-37 недель

- III уровня в 34-35 недель
- II уровня в 36-37 недель
- I уровня в 36-37 недель

**Классификация глубины вставания плаценты у данной беременной будет базироваться на данных**

- интраоперационной визуализации матки и параметрия
- патоморфологического исследования плаценты
- ультразвукового исследования зрелости плаценты
- магнитно-резонансной томографии малого таза

**Для минимизации кровопотери показано интраоперационное применение**

- плазмаобмена
- Cell-Saver
- плазмафереза
- гемодилюции

**Обезболивание в ходе родоразрешения данной беременной предусматривает + \_\_\_\_\_ + анестезию**

- плазмаобмена
- Cell-Saver
- плазмафереза
- гемодилюции

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

У беременной 31 года после рождения ребенка в течении 30 минут не произошло выделения последа

### **Жалобы**

Активно не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

30 минут назад произошли вторые самопроизвольные своевременные роды живым доношенным мальчиком весом 3500 гр., длиной 53 см с оценкой по АПГАР 8/9 баллов. После первых родов 3 года назад был разрыв промежности II степени и послеродовой эндометрит.

### **Анамнез жизни**

из детских инфекций – ветряная оспа и краснуха

из хронических заболеваний – анемия, хронический тонзиллит

Гинекологические заболевания:

Хронический аднексит

Акушерский анамнез:

I беременность – 40 недель – самопроизвольные своевременные роды, осложнившиеся разрывом промежности II степени и послеродовым эндометритом (находилась на стационарном лечении).

II беременность – данная, наступила самопроизвольно

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное.

Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен за счет послеродовой матки, безболезненный при пальпации. Моча выведена катетером.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- плазмаобмена
- Cell-Saver
- плазмафереза
- гемодилуции

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- плазмаобмена
- Cell-Saver
- плазмафереза
- гемодилуции

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза мануальным методом обследования является определение признака**

- плазмаобмена
- Cell-Saver
- плазмафереза
- гемодилуции

## **Результаты мануального метода обследования**

### **Дифференциальная диагностика проводится с**

- полным неплотным прикреплением плаценты
- частичным плотным прикреплением плаценты
- частичным неплотным прикреплением плаценты
- врастанием плаценты в миометрий

### **На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Третий период родов**

- полным неплотным прикреплением плаценты
- частичным плотным прикреплением плаценты
- частичным неплотным прикреплением плаценты
- врастанием плаценты в миометрий

### **Диагноз**

### **В данном случае отсутствие признаков отделения плаценты является показанием для**

- экстирпации матки без придатков
- экстирпации матки с придатками
- надвлагалищной ампутации матки
- ручного отделения плаценты

### **Данная родильница должна находиться в**

- гинекологическом отделении
- послеродовом отделении
- отделении реанимации
- родильном отделении

### **Лечебная тактика у данной пациентки заключается в**

- плавных контролируемых акушеркой тракциях за пуповину
- ручном отделении плаценты и выделении последа
- дополнительной выжидательной тактике еще в течении 30 минут
- дополнительной выжидательной тактике еще в течении 15 минут

### **У данной родильницы методом анестезиологического пособия является**

- внутривенный наркоз
- эндотрахеальный наркоз

- эпидуральная анестезии
- пудендальная анестезия

**В ходе выделения последа родильнице следует провести инфузию**

- свежзамороженной плазмы
- одногруппной крови
- коллоидных растворов
- кристаллоидов

**После оперативного пособия данной родильнице антибиотики**

- вводятся 3 суток
- не вводятся совсем
- вводятся трехкратно
- вводятся 1 раз

**Перевести родильницу в профильное отделение можно через + \_\_\_\_\_ + часа**

- вводятся 3 суток
- не вводятся совсем
- вводятся трехкратно
- вводятся 1 раз

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 50 лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на нарушение менструального цикла, скудные менструации. На фоне этого стали часто отмечаться плохое настроение, раздражительность, нарушения сна. Половой жизнью не живет.

### **Анамнез заболевания**

Нерегулярные менструации (ранее через 30-32 дня, в настоящее время через 26-50 дней) отмечаются в течение последних 8 месяцев, скудные менструации в течение последних 6 месяцев.

С указанными жалобами к гинекологу обратилась впервые.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: хронический гастрит, хронический тонзиллит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* наследственность не отягощена.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, гипертрофирована, чистая. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровня + \_\_\_\_\_ + день цикла**

- вводятся 3 суток
- не вводятся совсем
- вводятся трехкратно
- вводятся 1 раз

### **Результаты определения в крови уровня**

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- вводятся 3 суток
- не вводятся совсем
- вводятся трехкратно
- вводятся 1 раз

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- вводятся 3 суток
- не вводятся совсем

- вводятся трехкратно
- вводятся 1 раз

## **Диагноз**

**Наименее вероятной в данном случае патологией для проведения дифференциальной диагностики нарушения менструального цикла является**

- аномальное маточное кровотечение
- хронический эндометрит с формированием синехий
- преждевременная недостаточность яичников
- функциональная киста яичника

**В данном случае наиболее предпочтительным лечением будет назначение**

- антибактериальных препаратов
- комбинированных оральных контрацептивов
- монотерапии прогестагенами
- антидепрессантов (СИОЗС)

**Препаратом выбора для регуляции менструального цикла и профилактики гиперплазии эндометрия в данном случае является**

- микронизированный прогестерон
- эстрадиола гемигидрат/ дроспиренон
- эстрадиола валерат/ левоноргестрел
- эстрадиола гемигидрат

**При назначении прогестагенов наиболее предпочтительным режимом является**

- циклический, в течение 10-12 дней
- циклический, в течение 7 дней
- непрерывный
- циклический, в течение 16-18 дней

**Дополнительным эффектом микронизированного прогестерона при пероральном применении является**

- уменьшение отеков
- подавление овуляции
- стимуляция центральной нервной системы
- улучшение качества сна

**Перед назначением терапии пациентке следует провести обследование, которое включает определение уровня + \_\_\_\_\_ + в крови натоцак**

- глюкозы
- гликированного гемоглобина
- лептина
- витамина Д

**В ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей менопаузальную гормональную терапию, обязательным обследованием является**

- УЗИ органов малого таза
- МРТ органов малого таза
- гистероскопия
- пайпель-биопсия эндометрия

**Для улучшения качества жизни пациентке следует рекомендовать**

- иглоукалывание
- повышение количества жиров в рационе
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность

**После назначения терапии для динамического наблюдения пациентка должна прийти на прием к гинекологу через + \_\_\_\_\_ + недель**

- иглоукалывание
- повышение количества жиров в рационе
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 48 лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на отсутствие самостоятельной менструации в течение 6 месяцев, приливы жара, сопровождающиеся потливостью, до 5 раз в сутки, повышенную утомляемость, нарушение сна, раздражительность, плаксивость.

### **Анамнез заболевания**

Жалобы на приливы жара, нарушения сна и эмоциональную лабильность

беспокоят в течение последних 8-9 месяцев, с ухудшением общего самочувствия в последние 6 месяцев.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: хронический гастрит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мать здорова, отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 56 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 82 кг. ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Правый яичник размерами не увеличен, область правых придатков безболезненна при пальпации. Левый яичник не пальпируется, область левых придатков безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**На первом этапе к необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровня**

- иглоукалывание
- повышение количества жиров в рационе
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность

**Результаты лабораторного метода обследования**

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- иглоукалывание
- повышение количества жиров в рационе
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность

## **Результаты инструментального метода обследования**

**Основным предполагаемым диагнозом в данном случае является**

- иглоукалывание
- повышение количества жиров в рационе
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность

## **Диагноз**

**Для проведения дифференциальной диагностики в данном случае рекомендуется определение уровней**

- соматотропного гормона и пролактина
- антимюллерова гормона и тиреотропного гормона
- тиреотропного гормона и пролактина
- лютеинизирующего гормона и тиреотропного гормона

**Учитывая жалобы и анамнез пациентки, стадию репродуктивного старения и результаты объективного обследования, ей следует назначить**

- менопаузальную гормональную терапию
- растительные препараты фитоэстрогенов
- агонисты дофамина
- антитиреоидные препараты

**Для лечения климактерического синдрома в данном случае рекомендуется**

- циклический режим комбинированной МГТ
- непрерывный режим комбинированной МГТ
- монотерапия эстрогенами
- монотерапия прогестагенами

**Учитывая клинико-anamнестические данные пациентки и результаты объективного обследования, для терапии климактерического синдрома в данном случае следует назначить + \_\_\_\_\_ + путь введения эстрогенов в составе МГТ**

- пероральный
- инъекционный
- интравагинальный
- трансдермальный

**Перед назначением менопаузальной гормональной терапии пациентке следует провести обследование, которое обязательно включает**

- МРТ органов малого таза
- гастроскопию
- маммографию
- колоноскопию

**После назначения менопаузальной терапии для динамического наблюдения пациентка должна прийти на прием к гинекологу через + \_\_\_\_\_ + недель**

- 6-8
- 8-10
- 4-5
- 10-12

**Обязательным обследованием в ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей МГТ, является**

- денситометрия жировой ткани
- остеоденситометрия
- пайпель-биопсия эндометрия
- УЗИ органов малого таза

**Для улучшения качества жизни данной пациентке следует рекомендовать**

- прием биологически активных добавок
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность
- повышение количества жиров в рационе

**В ходе наблюдения за пациенткой, принимающей МГТ, обязательным обследованием является**

- прием биологически активных добавок
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность
- повышение количества жиров в рационе

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 46 лет обратилась на прием к гинекологу.

## **Жалобы**

Жалобы на приливы жара до 20 раз в сутки, сопровождающиеся потливостью, нарушения сна, ознобы по ночам, раздражительность, тревогу, приступы сердцебиения.

## **Анамнез заболевания**

2 месяца назад перенесла оперативное вмешательство в объеме экстирпации матки с придатками по поводу быстрорастущей миомы матки. Данные гистологического исследования - лейомиома матки, желтое тело в правом яичнике, в левом яичнике - белые тела. Пациентка самостоятельно принимала препарат, содержащий изофлавоны сои, без эффекта.

## **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: хронический тонзиллит, хронический гастрит, ГЭРБ;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мать- аутоиммунный тиреоидит, бабушка по маминой линии-сахарный диабет. отец погиб от несчастного случая.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 80 кг. ИМТ 31. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

## **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища розовая. Влагалище заканчивается слепо. Шейка матки, тело матки, придатки слева и справа удалены оперативно. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**На этапе обследования и для дифференциальной диагностики вазомоторных и психо-эмоциональных симптомов в данном случае рекомендуется определить уровень**

- прием биологически активных добавок
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность
- повышение количества жиров в рационе

## **Результаты обследования**

**Перед назначением менопаузальной гормональной терапии к необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- прием биологически активных добавок
- ограничение белков в рационе
- регулярную физическую активность
- повышение количества жиров в рационе

## **Результаты инструментального метода обследования**

**В данном случае менопауза является**

- преждевременной
- естественной
- ранней
- ятрогенной

**В данном случае основным диагнозом предположительно является**

- преждевременной
- естественной
- ранней
- ятрогенной

## **Диагноз**

**Учитывая жалобы и анамнез пациентки, результаты объективного обследования ей следует назначить**

- антидепрессанты (СИОЗС)
- комбинированные оральные контрацептивы
- растительные препараты фитоэстрогенов
- менопаузальную гормональную терапию

**Для лечения климактерического синдрома в данном случае рекомендуется**

- монотерапия эстрогенами
- циклический режим комбинированной МГТ
- монотерапия прогестагенами
- непрерывный режим комбинированной МГТ

Учитывая клинико-anamнестические данные пациентки и результаты объективного обследования, для терапии постовариоэктоmического синдрома в данном случае следует назначить + \_\_\_\_\_ + путь введения эстрогенов в составе менопаузальной гормональной терапии

- пероральный
- интравагинальный
- инъекционный
- трансдермальный

С учетом семейного анамнеза перед назначением менопаузальной гормональной терапии рекомендовано определение + \_\_\_\_\_ + в крови

- С-реактивного белка
- глюкозы
- фибриногена
- ферритина

После назначения менопаузальной терапии для динамического наблюдения пациентка должна прийти на прием к гинекологу через + \_\_\_\_\_ + недель

- 6-8
- 10-12
- 8-10
- 4-5

Обязательным обследованием в ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей МГТ, является + \_\_\_\_\_ + в динамике

- УЗИ органов брюшной полости
- денситометрия жировой ткани
- УЗИ щитовидной железы
- эзофагогастродуоденоскопия

С учетом основного диагноза данной пациентке с профилактической целью следует рекомендовать прием

- витамина С
- калия
- магния
- витамина Д

**С учетом данных результатов лабораторных и инструментальных исследований, пациентке дополнительно необходима консультация**

- витамина С
- калия
- магния
- витамина Д

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 46 лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на приливы жара до 15-20 раз в сутки, сопровождающиеся потливостью, нарушения сна, ознобы по ночам, раздражительность, плаксивость, тревогу.

### **Анамнез заболевания**

1,5 месяца назад перенесла оперативное вмешательство в объеме экстирпации матки с придатками, коагуляции очагов эндометриоза по поводу диффузно-узловой формы аденомиоза, распространенной формы генитального эндометриоза. Данные гистологического заключения: участки миометрия с эндометриоидными гетеротопиями, участки гиперплазированных гладкомышечных клеток, с признаками дегенерации соединительной ткани между миометрием и эндометриоидными гетеротопиями, фрагмент толстой кишки с гипертрофией мышечных волокон и наличием эндометриоидных гетеротопий. Фрагменты стенки кисты правого яичника с очагами эндометриоза с гемосидерозом. Фрагменты фиброзной ткани ретроцервикального пространства с единичными эндометриоидными гетеротопиями, с очагами склероза.

Пациентка самостоятельно принимала препарат, содержащий аминокислоту бетта-аланин, без эффекта.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: хронический бронхит, хронический гастродуоденит; хронический аутоиммунный тиреоидит.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мама- хронический калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 43 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 57 кг. ИМТ 22. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища розовая. Влагалище заканчивается слепо. Шейка матки, тело матки, придатки слева и справа удалены оперативно. Область их при пальпации безболезненна. Отмечается чувствительность при пальпации в ретроцервикальной области. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**На этапе обследования и для дифференциальной диагностики вазомоторных и психо-эмоциональных симптомов рекомендуется определить уровень**

- витамина С
- калия
- магния
- витамина Д

### **Результаты обследования**

**Перед назначением гормональной терапии к обязательным инструментальным методам исследования в данном случае относится**

- витамина С
- калия
- магния
- витамина Д

### **Результаты инструментального метода обследования**

**В данном случае менопауза является**

- ятрогенной
- преждевременной
- ранней
- естественной

**В данном случае основным диагнозом предположительно является**

- ятрогенной
- преждевременной
- ранней
- естественной

## **Диагноз**

**Учитывая жалобы и анамнез пациентки, результаты объективного обследования ей следует назначить**

- менопаузальную гормональную терапию
- комбинированные оральные контрацептивы
- антидепрессанты (СИОЗС)
- растительные препараты фитоэстрогенов

**Для лечения климактерического синдрома в данном случае рекомендуется**

- циклический режим комбинированной ЗГТ
- монотерапия эстрогенами
- монотерапия прогестагенами
- непрерывный режим комбинированной ЗГТ

**Общее обследование на этапе перед назначением заместительной гормональной терапии, а также в ходе динамического наблюдения обязательно включает**

- липидограмму
- лейкоцитарную формулу
- оральный глюкозо-толерантный тест
- иммунограмму

**Учитывая анамнестические данные пациентки и результаты объективного обследования, для терапии постовариоэктомического синдрома в данном случае следует назначить + \_\_\_\_\_ + путь введения эстрогенов в составе заместительной гормональной терапии**

- пероральный
- трансдермальный
- интравагинальный
- инъекционный

**Тяжесть нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов в данном случае оценивается по**

- модифицированной шкале Рэнкина
- визуально-аналоговой шкале
- шкале исходов Глазго
- индексу Купермана

**Минимальная длительность менопаузальной гормональной терапии для данной пациентки с учетом данных анамнеза составляет**

- 5-7 лет
- 3-5 лет
- 1-2 года
- 0,5-1 год

**С учетом основного диагноза данной пациентке с профилактической целью следует рекомендовать прием**

- магния
- бета-каротина
- витамина Д
- витамина С

**На фоне дефицита эстрогенов после овариоэктомии можно ожидать развитие**

- магния
- бета-каротина
- витамина Д
- витамина С

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 47 лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на удлинение менструального цикла, периодические задержки менструации до 20 дней, болезненные менструации, акне на коже спины. Часто отмечает плохое настроение, раздражительность, нарушения сна, больше выраженные в предменструальные дни. В последние 3 месяца отмечались эпизоды приливов жара к верхней половине туловища при нагрузке (со слов 1-2 раза в неделю по 1 эпизоду в сутки).

### **Анамнез заболевания**

Удлинение менструального цикла (ранее 28-30 дней, в настоящее время 38-45

дней) отмечается в течение последних 8 месяцев, задержки менструации дважды за указанный период времени на 15 и 20 дней. Акне на коже спины со слов в последние 3-4 года. Болезненные менструации с 35 лет. В анамнезе 3 родов (через естественные родовые пути без осложнений), 4 аборта на ранних сроках (последний аборт 2 года назад). Беременность не планирует. С указанными жалобами к гинекологу обратилась впервые.

### **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания: хронический тонзиллит. Гинекологические заболевания: хламидиоз;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* мама - сахарный диабет II типа, тетя по маминой линии- рак яичников.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 59 кг. ИМТ 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 13 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровней**

- магния
- бета-каротина
- витамина Д
- витамина С

**Результаты лабораторного метода обследования**

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- магния
- бета-каротина
- витамина Д
- витамина С

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- магния
- бета-каротина
- витамина Д
- витамина С

### **Диагноз**

#### **Наименее вероятной в данном случае патологией для проведения дифференциальной диагностики нарушения менструального цикла является**

- хронический эндометрит
- аномальное маточное кровотечение
- функциональная киста яичника
- ранняя менопауза

#### **С учетом клинико-anamnestических данных, стадии репродуктивного старения и сопутствующей патологии пациентке следует назначить**

- МГТ в режиме монотерапии прогестагенами
- комбинированные оральные контрацептивы
- антибактериальную терапию
- заместительную гормональную терапию

#### **Препарат выбора, наиболее предпочтительный в данном случае для терапии, включает**

- этинилэстрадиол/ципротерон
- эстрадиола валерат/ диеногест
- 17b эстрадиол/ дидрогестерон
- этинилэстрадиол/хлормадион

#### **Назначение комбинированных оральных контрацептивов и выбор конкретного препарата для данной пациентки не связано с**

- нарушением менструального цикла

- сопутствующим диагнозом аденомиоза
- желанием контрацепции
- отягощенной наследственностью

**Повышением уровня фолликулостимулирующего гормона, при двукратном определении которого использование методов контрацепции может быть прекращено, является значение выше + \_\_\_\_\_ + МЕ/л**

- 25-30
- 10-15
- 15-20
- 20-25

**Перед назначением терапии пациентке следует провести обследование, которое включает определение уровня + \_\_\_\_\_ + в крови натощак**

- витамина Д
- лептина
- глюкозы
- инсулина

**В ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей назначенную терапию, обязательным обследованием является**

- онкоцитология шейки матки
- МРТ органов малого таза
- определение уровня эстрадиола в крови
- денситометрия жировой ткани

**Дополнительным эффектом диеногеста в составе комбинированных оральных контрацептивов является**

- антиминералокортикоидный
- антиандрогенный
- проапоптотический
- антигипертензивный

**Дополнительным показанием для назначения комбинированных оральных контрацептивов для данной пациентки можно считать**

- антиминералокортикоидный
- антиандрогенный
- проапоптотический
- антигипертензивный

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 54 лет обратилась на прием к гинекологу.

### Жалобы

Жалобы на приливы жара, сопровождающиеся потливостью, до 15 раз в сутки, повышенную утомляемость, нарушение сна, раздражительность, боли в суставах и мышцах.

### Анамнез заболевания

Последняя самостоятельная менструации в возрасте 52 лет. Жалобы на вазомоторные симптомы в течение последних 3 лет. Принимала фитоэстрогены с незначительным и непостоянным эффектом по назначению врача по месту жительства.

### Анамнез жизни

- \* Хронические заболевания: хронический гастрит, ГЭРБ, хронический некалькулезный холецистит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мать- гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда в 54 года, перелом шейки бедра в 67 лет, отец умер в возрасте 44 лет от ишемического инсульта.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 82 кг. ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 120/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### Гинекологический статус

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**На этапе обследования данной пациентке с учетом возраста, жалоб, семейного анамнеза рекомендуется определение уровня + \_\_\_\_\_ + в крови**

- антиминералокортикоидный
- антиандрогенный
- проапоптотический
- антигипертензивный

**Результаты обследования**

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- антиминералокортикоидный
- антиандрогенный
- проапоптотический
- антигипертензивный

**Результаты инструментального метода обследования**

**Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- +2
- +1a
- +1b
- +1c

**В данном случае менопауза является**

- ранней
- преждевременной
- поздней
- своевременной

**Тяжесть нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов климактерического синдрома в данном случае оценивается по**

- визуально-аналогово шкале
- модифицированной шкале Рэнкина
- шкале исходов Глазго
- индексу Купермана

**Для лечения климактерического синдрома в данном случае рекомендуется**

- циклический режим комбинированной МГТ
- монотерапия эстрогенами
- монотерапия прогестагенами
- непрерывный режим комбинированной МГТ

**Учитывая клинико-anamnestические данные пациентки и результаты объективного обследования, для терапии климактерического синдрома в данном случае следует назначить + \_\_\_\_\_ + путь введения эстрогенов в составе менопаузальной гормональной терапии**

- пероральный
- инъекционный
- трансдермальный
- интравагинальный

**С учетом данных обследования пациентки дополнительно ей следует назначить прием**

- витамина Д
- витаминов группы В
- ацетилсалициловой кислоты
- фолиевой кислоты

**Дополнительным показанием для назначения менопаузальной гормональной терапии в данном случае является профилактика**

- ожирения
- инсульта
- остеопороза
- желчекаменной болезни

**Перед назначением терапии и в ходе наблюдения за данной пациенткой обязательным обследованием является + \_\_\_\_\_ + поясничного отдела позвоночника**

- остеоденситометрия
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография
- рентгенография

**Перед назначением менопаузальной гормональной терапии с учетом семейного анамнеза пациентки и данных объективного обследования следует провести дообследование, которое включает анализ крови на**

- мутации в гене BRCA 1, BRCA 2
- тромбофилические мутации
- мутации в гене FMR1
- маркеры СА-125, HE4

**Обязательным обследованием на этапе наблюдения за данной пациенткой, принимающей менопаузальную гормональную терапию, является**

- мутации в гене BRCA 1, BRCA 2
- тромбофилические мутации
- мутации в гене FMR1
- маркеры СА-125, HE4

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 54 лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на приливы жара до 20 раз в сутки, сопровождающиеся потливостью, нарушения сна, боли в суставах и мышцах, раздражительность, плаксивость, депрессивное настроение.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы в течение последних 4 месяцев после отмены менопаузальной гормональной терапии (МГТ) (отменила самостоятельно), с тенденцией к ухудшению состояния. Самостоятельная менструация дважды за указанный период: сразу после отмены МГТ и через 60 дней, продолжительностью 3-4 дня, скудная.

С 50 лет принимала менопаузальную гормональную терапию по поводу климактерического синдрома (препарат эстрадиола 2 мг в сочетании с дидрогестероном 10 мг) с положительным эффектом и с закономерной менструальноподобной реакцией (ЗМПР). По данным ежегодной маммографии (в настоящем году): МР-картина множественных гиперваскулярных образований в обеих молочных железах BI-RADS II. Вероятнее всего, интрамаммарный лимфатический узел в верхне-наружном квадранте правой

молочной железы. Данных маммографии недостаточно. Рекомендовано дообследование.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: со слов хронический гастрит, ГЭРБ;
- \* курит по 5 сигарет в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мать- сахарный диабет, рак шейки матки, отец- рак поджелудочной железы, тетя по маминой линии- рак молочной железы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 167 см, масса тела 71 кг. ИМТ 25,3. Окружность талии 90 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**Учитывая данные анамнеза пациентки и данные инструментального обследования, на данном этапе наиболее важным обследованием для определения дальнейшей тактики является**

- мутации в гене BRCA 1, BRCA 2
- тромбофилические мутации
- мутации в гене FMR1
- маркеры CA-125, HE4

### **Результаты инструментального метода обследования**

**С учетом данных объективного осмотра, семейного анамнеза рекомендуемым дополнительным обследованием для пациентки является**

- мутации в гене BRCA 1, BRCA 2
- тромбофилические мутации
- мутации в гене FMR1

- маркеры СА-125, HE4

### **Результаты обследования**

**Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- ранняя фаза менопаузального перехода
- поздний постменопаузальный период
- ранний постменопаузальный период
- поздняя фаза менопаузального перехода

**Полученные результаты объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных позволяют предположить наличие у пациентки**

- ранняя фаза менопаузального перехода
- поздний постменопаузальный период
- ранний постменопаузальный период
- поздняя фаза менопаузального перехода

### **Диагноз**

**Дальнейшей тактикой для данной пациентки является**

- смена режима менопаузальной гормональной терапии
- возобновление терапии препаратом эстрадиола 2 мг+дидрогестерон 20мг
- отмена менопаузальной гормональной терапии
- переход на трансдермальные формы менопаузальной гормональной терапии

**Для подтверждения сопутствующей патологии дополнительным обследованием в данном случае является**

- липидограмма
- гемостазиограмма
- клинический анализ крови
- иммунограмма

**На этапе дообследования обязательным исследованием для данной пациентки является**

- денситометрия жировой ткани
- эзофагогастродуоденоскопия
- колоноскопия

- УЗИ органов малого таза

**На основании полученных данных инструментальных исследований пациентке следует рекомендовать**

- биопсию подмышечных лимфатических узлов
- биопсию узлового образования молочной железы
- магнитно-резонансную томографию молочных желез
- рентгенографию органов грудной клетки

**Тяжесть нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов в данном случае оценивается по**

- индексу Купермана
- визуально-аналоговой шкале
- шкале исходов Глазго
- модифицированной шкале Рэнкина

**С целью профилактики в данном случае следует рекомендовать**

- прием поливитаминов
- высококалорийную диету
- прием фитоэстрогенов
- модификацию образа жизни

**Фактором, который способен положительно влиять на тяжесть климактерического синдрома в данном случае, является**

- снижение веса
- терапия инсулиносенситайзерами
- повышение калорийности рациона
- прием витаминов

**Смежным специалистом, консультацию которого необходимо назначить в первую очередь, является**

- снижение веса
- терапия инсулиносенситайзерами
- повышение калорийности рациона
- прием витаминов

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Пациентка 58 лет обратилась на прием к гинекологу.

## **Жалобы**

Жалобы на сухость, жжение и дискомфорт во влагалище, невозможность жить половой жизнью из-за болезненных ощущений. Жалоб на вазомоторные симптомы не предъявляет.

## **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2 лет, в последние 6 месяцев ухудшение состояния. Врачом по месту жительства был назначен крем с метилурацилом без эффекта.

Последняя самостоятельная менструация в возрасте 49 лет.

В анамнезе: в возрасте 50 лет оперирована по поводу рака щитовидной железы T1N0M0 в объеме тиреоидэктомия. Гистологический диагноз- папиллярный рак щитовидной железы. После хирургического лечения -курс радиойодтерапии. В настоящее время принимает заместительную гормональную терапию тиреоидными гормонами.

## **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мама-узловой зоб.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 64 кг. ИМТ 23,7.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

## **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Шейка матки гипертрофирована, многослойный плоский эпителий визуально с незначительными петехиальными кровоизлияниями. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки справа - без особенностей. Придатки слева - без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

**Необязательным среди обследований для данной пациентки можно назвать**

- кольпоскопическое исследование
- онкоцитологию шейки матки
- определение индекса созревания эпителия влагалища
- биопсию влагалища и вульвы

**Обязательным инструментальным обследованием для данной пациентки является**

- кольпоскопическое исследование
- онкоцитологию шейки матки
- определение индекса созревания эпителия влагалища
- биопсию влагалища и вульвы

**Результаты инструментального метода обследования**

**Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- кольпоскопическое исследование
- онкоцитологию шейки матки
- определение индекса созревания эпителия влагалища
- биопсию влагалища и вульвы

**Диагноз**

**Проявления климактерия, характерные для жалоб пациентки, являются**

**+ \_\_\_\_\_ + симптомами**

- средневременными
- поздними
- ранними
- своевременными

**Показанием для назначения менопаузальной терапии в данном случае является**

- повышенный риск остеопороза
- вазомоторные симптомы менопаузы
- постменопаузальный метаболический синдром
- генитоуринарный менопаузальный синдром

**Наиболее предпочтительным способом введения препаратов менопаузальной гормональной терапии, в данном случае, является**

- пероральный
- инъекционный
- трансдермальный
- вагинальный

**Веществом в составе препарата менопаузальной гормональной терапии, обладающим высокой селективностью к эстрогеновым рецепторам нижнего отдела мочеполового тракта при сравнительно малом связывании с рецепторами в других тканях и наиболее предпочтительным, в данном случае, является**

- эстрадиола гемигидрат
- 17b- эстрадиол
- эстриол
- эстрон

**Стратегией в использовании препаратов локальной менопаузальной гормональной терапии, в данном случае, является**

- снижение кратности и дозы
- снижение дозы, увеличение кратности
- увеличение дозы, снижение кратности
- увеличение кратности и дозы

**Длительное (от 6 месяцев) назначение препаратов эстриола пациентке для сохранения лечебного эффекта терапии, в данном случае, является**

- желательным
- не обязательным
- не желательным
- невозможным

**Для динамического наблюдения за данной пациенткой на фоне использования локальной менопаузальной гормональной терапии обязательным обследованием является**

- МРТ органов малого таза
- кольпоскопия
- УЗИ органов малого таза
- аспирационная биопсия эндометрия

**В течение первого года лечения местными препаратами менопаузальной гормональной терапии наблюдение за данной пациенткой с оценкой терапевтического эффекта проводится 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 6
- 12
- 5
- 18

**Мерой профилактики данной патологии является**

- 6
- 12
- 5
- 18

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 60 лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на сухость, жжение и дискомфорт во влагалище, боль и дискомфорт при половом акте, подтекание мочи (несколько капель) при физических нагрузках, сильном кашле, подъеме тяжести. Других жалоб активно не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2-3 лет. С вышеуказанными жалобами к врачу обращается впервые.

Последняя самостоятельная менструация в возрасте 50 лет.

В анамнезе 2 родов через естественные родовые пути, вес детей 3200г и 3500г.

### **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* семейный анамнез: отец- инфаркт миокарда в возрасте 53 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160см, масса тела 81 кг. ИМТ 31,6. Кожные

покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отмечается незначительное опущение передней стенки влагалища. Кашлевая проба (проба проводится при наполненном мочевом пузыре) положительная (вытекание незначительного количества мочи). Слизистая влагалища бледная, истончена. Шейка матки чистая. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки справа-не пальпируются. Придатки слева- не пальпируются. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

### **Рекомендуемое обследование для данной пациентки включает**

- 6
- 12
- 5
- 18

### **Результаты обследования**

#### **Необязательным среди обследований для данной пациентки можно назвать**

- 6
- 12
- 5
- 18

### **Результаты обследования**

**Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае, стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- поздняя фаза менопаузального перехода
- ранний постменопаузальный период
- поздний постменопаузальный период
- ранняя фаза менопаузального перехода

**Наблюдаемый в данной случае симптомокомплекс характерен для**

- поздняя фаза менопаузального перехода
- ранний постменопаузальный период
- поздний постменопаузальный период
- ранняя фаза менопаузального перехода

## **Диагноз**

**Наименее вероятным показанием для назначения менопаузальной терапии в данном случае является**

- вульвовагинальная атрофия
- диспареуния
- стрессовое недержание мочи
- генитоуринарный менопаузальный синдром

**Наиболее предпочтительным способом введения препаратов менопаузальной гормональной терапии в данном случае является**

- инъекционный
- трансдермальный
- вагинальный
- пероральный

**Веществом в составе препарата менопаузальной гормональной терапии, обладающим высокой селективностью к эстрогеновым рецепторам нижнего отдела мочеполового тракта при сравнительно малом связывании с рецепторами в других тканях и наиболее предпочтительным в данном случае, является**

- эстрадиола гемигидрат
- эстриол
- эстрон
- 17b- эстрадиол

**Стратегией в использовании препаратов локальной менопаузальной гормональной терапии в данном случае является**

- снижение кратности и дозы
- увеличение дозы, снижение кратности
- увеличение кратности и дозы
- снижение дозы, увеличение кратности

**Наиболее правильным выбором в лечении стрессового недержания мочи, в данном случае, является**

- слинговая операция
- тренировка мышц тазового дна
- выполнение уретроцистоцервикопексии
- периуретральное введение объемообразующих средств

**Степень тяжести стрессового недержания мочи, в данном случае, определяется как**

- тяжелая
- легкая
- средне-тяжелая
- средняя

**В течение первого года лечения местными препаратами менопаузальной гормональной терапии наблюдение за данной пациенткой с оценкой терапевтического эффекта проводится 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 6
- 12
- 10
- 9

**Фактором риска данной патологии наряду с менопаузой является**

- 6
- 12
- 10
- 9

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 52 лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на приливы жара до 15-20 раз в сутки, потливость, раздражительность, нервозность, сухость и дискомфорт во влагалище, неприятные ощущения во влагалище во время полового акта.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3 лет. Терапии не получала. Последняя самостоятельная менструация 1,5 года назад в возрасте 51 года.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: аутоиммунный тиреоидит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* семейный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 64 кг. ИМТ 23,7. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Шейка матки гипертрофирована, чистая. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки справа- без особенностей. Придатки слева- без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- 6
- 12
- 10
- 9

### **Результаты инструментального метода обследования**

**С учетом анамнеза пациентки и с целью дифференциальной диагностики вазомоторных и психоэмоциональных симптомов в данном случае обязательным является определение уровня**

- 6
- 12
- 10
- 9

### **Результаты обследования**

**Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае, стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- поздний переходный период (-1)
- ранний переходный период (-2)
- перименопауза
- постменопауза (+1b)

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- поздний переходный период (-1)
- ранний переходный период (-2)
- перименопауза
- постменопауза (+1b)

**Диагноз**

**Тяжесть нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов, в данном случае, оценивается по**

- модифицированной шкале Рэнкина
- шкале исходов Глазго
- визуально-аналоговой шкале
- индексу Купермана

**Учитывая жалобы и анамнез пациентки, результаты объективного обследования ей следует назначить**

- растительные препараты фитоэстрогенов
- заместительную гормональную терапию
- антидепрессанты (СИОЗС)
- менопаузальную гормональную терапию

**Режимом менопаузальной гормональной терапии, наиболее предпочтительным в данном случае, является**

- непрерывный режим
- монотерапия эстрогенами
- циклический режим
- монотерапия прогестагенами

**В случае недостаточной эффективности системной менопаузальной гормональной терапии в отношении симптомов нижнего отдела мочеполового тракта следует рассмотреть назначение данной пациентке**

- антидепрессантов (СИОЗС)
- локальной иммуностимулирующей терапии
- локальной гормонотерапии эстрогенами
- локальной гормонотерапии андрогенами

**Стратегией в использовании препаратов локальной менопаузальной гормональной терапии, в данном случае, является**

- снижение дозы, увеличение кратности
- увеличение дозы, снижение кратности
- снижение кратности и дозы
- увеличение кратности и дозы

**Профилактикой с целью предотвращения усугубления тяжести урогенитальной атрофии /генитоуринарного синдрома/ является**

- сохранение регулярной половой жизни
- использование местных антисептиков
- частое использование щелочных моющих средств
- повышение физической активности

**После назначения менопаузальной терапии для динамического наблюдения пациентка должна прийти на прием к гинекологу через + \_\_\_\_\_ + недель**

- 10-12
- 4-5
- 8-10
- 6-8

**Обязательным обследованием в ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей менопаузальную гормональную терапию, является определение уровня**

- 10-12
- 4-5
- 8-10
- 6-8

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 47 лет обратилась на прием к гинекологу.

## **Жалобы**

Жалобы на отсутствие самостоятельной менструации в течение 14 месяцев, приливы жара до 5-7 раз в сутки, сопровождающиеся потливостью, нарушения сна, раздражительность, потерю интереса к сексу.

## **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 14 месяцев. Самостоятельно принимала растительные препараты (название не помнит) короткими курсами без эффекта.

## **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь (наблюдается кардиологом, АД контролирует);
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мать- менопауза своевременная, в возрасте 49 лет, болезнь Альцгеймера, отец- гипертоническая болезнь.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД на приеме 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

## **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Правый яичник размерами не увеличен, область правых придатков безболезненна при пальпации. Левый яичник не пальпируется, область левых придатков безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**В данной ситуации на этапе обследования и для дифференциальной диагностики рекомендуется определить уровни**

- 10-12
- 4-5
- 8-10
- 6-8

## **Результаты обследования**

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится ультразвуковое исследование**

- 10-12
- 4-5
- 8-10
- 6-8

## **Результаты инструментального метода обследования**

**В данном случае менопауза является**

- ятрогенной
- ранней
- преждевременной
- своевременной

**Тяжесть нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов, в данном случае, оценивается по**

- визуально-аналоговой шкале
- шкале исходов Глазго
- индексу Купермана
- модифицированной шкале Рэнкина

**Учитывая жалобы и анамнез пациентки, результаты объективного обследования, ей следует назначить**

- антидепрессанты (СИОЗС)
- комбинированные оральные контрацептивы
- растительные препараты фитоэстрогенов
- менопаузальную гормональную терапию

**В данном случае для лечения климактерического синдрома пациентке следует назначить**

- непрерывный режим комбинированной МГТ
- монотерапию прогестагенами
- циклический режим комбинированной МГТ
- монотерапию эстрогенами

**Учитывая клинико-anamнестические данные пациентки, сопутствующую патологию и результаты обследований, для терапии климактерического синдрома в данном случае предпочтительнее назначить**

- эстрадиол 2 мг/ ципротерон 1 мг
- эстрадиол 2 мг/ дидрогестерон 10 мг
- эстрадиол 1 мг/дроспиренон 2 мг
- эстрадиол 1 мг/ дидрогестерон 5 мг

**Ожидаемым дополнительным положительным эффектом от назначения данной пациентке препаратов МГТ с дроспиреноном в составе является**

- снижение артериального давления
- седативный эффект
- улучшение качества и длительности сна
- надежная контрацепция

**В случае, если пациентка ведет половую жизнь, надежную контрацепцию ей следует рекомендовать в течение + \_\_\_\_\_+ лет после последней менструации**

- 2-х
- 1,5
- 3-х
- 4-х

**В ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей МГТ, обязательным обследованием является**

- липидограмма
- определение уровня эстрадиола
- определение уровня ФСГ
- иммунограмма

**Повышением уровня фолликулостимулирующего гормона, при двукратном определении которого использование методов контрацепции может быть прекращено, является значение выше + \_\_\_\_\_+ МЕ/л**

- 10-15
- 25-30
- 15-20
- 20-25

**После назначения менопаузальной терапии для динамического наблюдения пациентка должна прийти на прием к гинекологу через + \_\_\_\_\_+ недель**

- 10-15
- 25-30
- 15-20
- 20-25

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 42 года обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Жалобы на отсутствие самостоятельной менструации в течение 1,5 лет, приливы жара, сопровождающиеся потливостью до 10-15 раз в сутки, нервозность, плаксивость, частую немотивированную усталость, боли в суставах и мышцах, прогрессивное снижение памяти.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 1,5 лет.

Самостоятельно принимала препараты фитоэстрогенов без значительного улучшения состояния.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: хронический гастрит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мама - менопауза в 45 лет, гипертоническая болезнь.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько больше нормы, деформировано миоматозными узлами, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровня**

- 10-15
- 25-30
- 15-20
- 20-25

**Результаты лабораторного метода обследования**

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- 10-15
- 25-30
- 15-20
- 20-25

**Результаты инструментального метода обследования**

**В данном случае менопауза является**

- ранней
- своевременной
- преждевременной
- поздней

**Для дифференциальной диагностики в данном случае рекомендуется определение уровней + \_\_\_\_\_ + в крови**

- тиреотропного гормона и пролактина
- лютеинизирующего гормона и тестостерона
- тиреотропного гормона и антимюллерова гормона
- антимюллерова гормона и пролактина

**С учетом жалоб, возраста и анамнеза пациентки, стадии репродуктивного старения и сопутствующей патологии терапией, наиболее предпочтительной в данном случае, является**

- комбинированные оральные контрацептивы
- менопаузальная гормональная терапия
- антидепрессанты (СИОЗС)
- растительные препараты фитоэстрогенов

**В данном случае пациентке следует назначить**

- циклический режим комбинированной МГТ
- непрерывный режим комбинированной МГТ
- монотерапию эстрогенами
- монотерапию прогестагенами

**Учитывая анамнестические данные пациентки, для терапии климактерического синдрома, в данном случае, предпочтительней назначить + \_\_\_\_\_ + путь введения эстрогенов в составе менопаузальной гормональной терапии**

- инъекционный
- интравагинальный
- пероральный
- трансдермальный

**Дополнительным показанием для назначения менопаузальной гормональной терапии в данном случае является**

- низкое качество жизни
- избыточная масса тела
- сексуальная дисфункция
- отягощенная наследственность

**В данном случае динамическое наблюдение за пациенткой с обязательным ультразвуковым контролем (УЗИ органов малого таза) необходимо проводить 1 раз в + \_\_\_\_ + месяцев**

- 18
- 6
- 9
- 12

**В ходе наблюдения за данной пациенткой обязательным обследованием является**

- кольпоскопия
- МРТ органов малого таза
- денситометрия жировой ткани
- УЗИ органов малого таза

**Перед назначением терапии пациентке следует провести обследование, которое включает определение уровня + \_\_\_\_\_ + в крови натошак**

- лептина
- инсулина
- грелина
- глюкозы

**Оптимально-минимальная длительность заместительной гормональной терапии для данной пациентки с учетом данных анамнеза составляет**

- лептина
- инсулина
- грелина
- глюкозы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 64 года, обратилась на прием к гинекологу с целью ежегодного профилактического обследования.

### **Жалобы**

Жалобы на частую усталость.

### **Анамнез заболевания**

Последняя самостоятельная менструация в возрасте 50 лет.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь (наблюдается кардиологом);
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мать - перелом шейки бедра в возрасте 70 лет, компрессионные переломы позвоночника, отец - рак желудка.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 48 кг. ИМТ 17,7. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Тело матки обычных размеров,

плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

**С учетом клинико-anamнестических данных пациентки на этапе обследования ей следует рекомендовать проведение**

- лептина
- инсулина
- грелина
- глюкозы

**Результаты обследования**

**Обязательным на этапе обследования данной пациентки является определение уровня + \_\_\_\_\_ + в крови**

- лептина
- инсулина
- грелина
- глюкозы

**Результаты обследования**

**Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае, стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- поздний постменопаузальный период
- ранняя фаза менопаузального перехода
- поздняя фаза менопаузального перехода
- ранний постменопаузальный период

**На основании клинико-лабораторных и инструментальных обследований предварительным диагнозом пациентки является**

- поздний постменопаузальный период
- ранняя фаза менопаузального перехода
- поздняя фаза менопаузального перехода
- ранний постменопаузальный период

**Диагноз**

**Учитывая жалобы и анамнез пациентки, результаты объективного обследования ей следует назначить**

- препараты кальция и магния
- растительные препараты фитоэстрогенов
- менопаузальную гормональную терапию
- препараты бифосфонатов

**При плохой переносимости препаратов бифосфонатов или побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта данной пациентке следует рассмотреть назначение**

- растительные препараты фитоэстрогенов
- менопаузальную гормональную терапию
- препараты кальция и магния
- препарата моноклонального антитела

**Рекомендуется одновременное назначение препаратов кальция и**

- витамина Д
- магния
- фосфора
- витаминов группы В

**Прогнозирует хорошую эффективность антирезорбтивной терапии снижение уровней маркеров костного обмена не менее чем на + \_\_\_\_\_ + %**

- 10
- 20
- 5
- 30

**Положительной динамикой при оценке эффективности лечения остеопороза будет являться прирост МПК не менее чем + \_\_\_\_\_ + % за год**

- 2,5
- 3
- 1,2
- 2

**Модифицируемым фактором риска остеопороза и переломов костей, в данном случае, является**

- дефицит массы тела

- дефицит витамина Д
- семейный анамнез остеопороза
- склонность к падениям

**Главной целью лечения остеопороза, в данном случае, является**

- снижение риска переломов
- восполнение минеральной плотности кости
- увеличение продолжительности жизни
- укрепление костно-мышечной системы

**Немодифицируемым фактором риска остеопороза и переломов костей, в данном случае, является**

- снижение риска переломов
- восполнение минеральной плотности кости
- увеличение продолжительности жизни
- укрепление костно-мышечной системы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 68 лет обратилась на прием к гинекологу для осмотра.

### **Жалобы**

На приеме предъявила жалобы на уменьшение роста на 3 см за 1 год, боли в поясничном отделе позвоночника, невозможность полностью распрямить спину, постоянное чувство усталости в спине.

### **Анамнез заболевания**

Последняя самостоятельная менструация в возрасте 50 лет.

### **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь (наблюдается кардиологом);

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* мать- компрессионные переломы позвоночника, отец - гипертоническая болезнь.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 51 кг. ИМТ 18,9.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Тело матки обычных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

### **С учетом клинико-anamnestических данных наиболее информативным исследованием в данном случае является**

- снижение риска переломов
- восполнение минеральной плотности кости
- увеличение продолжительности жизни
- укрепление костно-мышечной системы

### **Результаты обследования**

#### **Обязательным на этапе обследования данной пациентки является определение уровня + \_\_\_\_\_ + в крови**

- снижение риска переломов
- восполнение минеральной плотности кости
- увеличение продолжительности жизни
- укрепление костно-мышечной системы

### **Результаты обследования**

#### **Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае, стадия репродуктивного старения будет определяться как**

- ранняя фаза менопаузального перехода
- поздний постменопаузальный период
- поздняя фаза менопаузального перехода
- ранний постменопаузальный период

#### **С учетом жалоб, возраста, анамнеза пациентки предположительным диагнозом является**

- ранняя фаза менопаузального перехода

- поздний постменопаузальный период
- поздняя фаза менопаузального перехода
- ранний постменопаузальный период

### **Диагноз**

**Учитывая клинико-anamnestические данные и результаты объективного обследования, первой линией терапии в данном случае будет являться назначение**

- бифосфонатов
- препаратов кальция и магния
- аналога паратиреоидного гормона
- комбинации эстрадиола и прогестерона

**Тяжесть заболевания, в данном случае, определяются на основании**

- показателя уровня витамина Д в крови
- совокупности данных о возрасте и ИМТ
- данных денситометрии
- наличия переломов в анамнезе

**Данной пациентке одновременно с патогенетическим лечением рекомендуется назначение препаратов кальция и**

- магния
- фосфора
- витамина С
- витамина Д

**Длительность терапии остеопороза терипаратидом у данной пациентки должна составлять не более + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 18
- 30
- 36
- 24

**Положительной динамикой при оценке эффективности лечения остеопороза будет являться прирост МПК не менее + \_\_\_\_\_ + % за год**

- 1,5
- 2,5
- 2

- 3

**Модифицируемым фактором риска остеопороза и переломов костей, в данном случае, является**

- дефицит витамина Д
- наследственность
- дефицит массы тела
- склонность к падениям

**Главной целью лечения остеопороза, в данном случае, является**

- снижение риска переломов
- укрепление костно-мышечной системы
- снижение болевого синдрома
- увеличение продолжительности жизни

**Обязательным мероприятием после окончания лечения является назначение**

- снижение риска переломов
- укрепление костно-мышечной системы
- снижение болевого синдрома
- увеличение продолжительности жизни

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 43-х лет обратилась на прием к гинекологу.

### **Жалобы**

- \* На отсутствие самостоятельной менструации в течение 1,5 лет;
- \* приливы жара, сопровождающиеся потливостью до 10 раз в сутки;
- \* нервозность;
- \* плаксивость;
- \* частую немотивированную усталость;
- \* потерю интереса к сексу и ко многим вещам.

### **Анамнез заболевания**

Приливы жара, нервозность, плаксивость, усталость беспокоят в течение последних 2- лет, после прекращения менструации (1,5 года назад) ухудшение состояния.

С указанными жалобами к гинекологу обратилась впервые.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания:
- \* курит по 10 сигарет в день в течение 15 лет, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* мама - перелом шейки бедра в возрасте 70 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 50 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

### **К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится определение в крови уровня**

- снижение риска переломов
- укрепление костно-мышечной системы
- снижение болевого синдрома
- увеличение продолжительности жизни

### **Результаты лабораторного метода обследования**

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- снижение риска переломов
- укрепление костно-мышечной системы
- снижение болевого синдрома
- увеличение продолжительности жизни

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- снижение риска переломов
- укрепление костно-мышечной системы
- снижение болевого синдрома
- увеличение продолжительности жизни

## **Диагноз**

**Для дифференциальной диагностики, в данном случае, рекомендуется определение уровней + \_\_\_\_\_ + в крови**

- антимюллерова гормона и эстрадиола
- тиреотропного гормона и эстрадиола
- тиреотропного гормона и пролактина
- лютеинизирующего гормона и пролактина

**С учетом жалоб, возраста и анамнеза пациентки, стадии репродуктивного старения и сопутствующей патологии, наиболее предпочтительным в данном случае является назначение**

- комбинированных оральных контрацептивов
- антидепрессантов (СИОЗС)
- растительных препаратов фитоэстрогенов
- менопаузальной гормональной терапии

**Режимом терапии, наиболее предпочтительным в данном случае, является**

- непрерывный режим комбинированной МГТ
- монотерапия эстрогенами
- монотерапия прогестагенами
- циклический режим комбинированной МГТ

**Учитывая анамнестические данные пациентки, для терапии климактерического синдрома в данном случае предпочтительно назначить + \_\_\_\_\_ + путь введения эстрогенов в составе менопаузальной гормональной терапии**

- интравагинальный
- пероральный
- инъекционный
- трансдермальный

**Дополнительным показанием для назначения менопаузальной гормональной терапии в данном случае является профилактика**

- остеопороза
- деменции
- сексуальной дисфункции
- ожирения

**С учётом отягощенного семейного анамнеза по остеопоротическим переломам данной пациентке на этапе обследования следует провести + \_\_\_\_\_ + поясничного отдела позвоночника**

- остеоденситометрию
- рентгенологическое исследование
- компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию

**В ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей менопаузальную гормональную терапию, обязательным обследованием является**

- кольпоскопия
- УЗИ органов малого таза
- денситометрия жировой ткани
- МРТ органов малого таза

**Перед назначением терапии пациентке следует провести обследование, которое включает определение уровня + \_\_\_\_\_ + в крови натощак**

- глюкозы
- инсулина
- лептина
- грелина

**Оптимально-минимальная длительность заместительной гормональной терапии для данной пациентки с учетом данных анамнеза составляет**

- глюкозы
- инсулина
- лептина
- грелина

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В 21.30 к первородящей 22 лет, находящейся в родовом блоке во втором

периоде родов при сроке беременности 40-41 неделя, вызван дежурный акушер-гинеколог.

### **Жалобы**

На схватки потужного характера.

### **Анамнез заболевания**

Околоплодные воды излились дома в 6.00. Регулярная родовая деятельность началась в 7.15. В 8.00 роженица была доставлена в родильный дом бригадой скорой медицинской помощи.

На момент поступления при влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь отсутствовал. Предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз.

\_Status obstetricus\_: ВДМ 36 см. ОЖ 96 см. Предполагаемая масса плода 3456 г (рассчитана способом Жордания, где ПМП = ВДМ x ОЖ). Размеры таза: 23,5-26,5-29,5-18,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Размер Франка 9,5 см. Ромб Михаэлиса 9,5 x 9,5 см.

Согласно клиническим рекомендациям, учитывая наличие анатомически узкого таза I степени сужения и предполагаемой массы плода не более 3600 г, выработан консервативный план ведения родов с функциональной оценкой таза.

В 14.30 в связи с появлением болезненных схваток, при открытии маточного зева 4-5 см, произведено обезболивание родов посредством эпидуральной анальгезии. По данным КТГ признаков гипоксии плода в родах не наблюдалось. С 20.30 в течение последнего часа во время схваток пациентка ощущает позывы на потуги.

### **Анамнез жизни**

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает детские инфекции, «простудные» заболевания. В детстве и подростковом возрасте активно занималась легкой атлетикой. Менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, продолжались по 5 дней, цикл 28-30 дней. Менструации регулярные, умеренные, болезненные.

Рост пациентки 159 см, масса тела на момент поступления в родильный дом 61 кг (ИМТ = 24,12).

Настоящая беременность – первая, наступила самостоятельно, протекала на фоне угрожавшего самопроизвольного выкидыша в I и II триместрах, по поводу чего проводилось амбулаторное лечение прогестагенами с положительным эффектом. Женскую консультацию посещала регулярно.

Общая прибавка массы тела за беременность составила 12 кг.

### **Объективный статус**

При осмотре в 21.30 общее состояние пациентки удовлетворительное. Голова

не болит. Зрение ясное. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, чистые. Язык чистый, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 82 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 115/70 мм рт. ст. (на правой руке). Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам доношенному сроку беременности. Матка в нормальном тонусе, возбудима и безболезненна при пальпации. Схватки по 50-55 секунд, через 1-2 минуты. Матка между схватками расслабляется полностью. Положение плода продольное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд/мин.

Per vaginam: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Диагональная конъюгата 11см. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края шейки матки отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. На головке плода определяется выраженная родовая опухоль. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа кзади. Подтекают светлые околоплодные воды.

**На основании анамнеза, жалоб и данных объективного осмотра пациентки в качестве осложнения родов, наряду с преждевременным излитием околоплодных вод, следует установить развитие**

- глюкозы
- инсулина
- лептина
- грелина

## **Диагноз**

**Причинами возникновения указанного осложнения в родах у данной пациентки являются наличие анатомически узкого таза I степени и**

- лобного вставления головки в плоскости входа в малый таз
- асинклитического вставления головки плода
- высокого прямого стояния стреловидного шва
- заднего вида затылочного предлежания

**Согласно классификации, основанной на оценке формы сужения анатомически узкого таза, у данной пациентки следует диагностировать**

+ \_\_\_\_\_ + таз

- уменьшенный в прямом размере широкой части полости
- плоскоракхитический
- общеравномерносуженный

- поперечносуженный

**Радиационно безопасным и высокоинформативным методом исследования, позволяющим подтвердить диагноз «Анатомически узкий таз» в данном клиническом наблюдении, является**

- компьютерная томография костей таза и головки плода
- рентгенопельвиометрия в сроке доношенной беременности
- магнитно-резонансная томография костей таза
- ультразвуковое исследование костей и органов малого таза

**Оптимальной акушерской тактикой в данной клинической ситуации является проведение**

- вакуум-экстракции плода аппаратом Kiwi
- родостимуляции окситоцином под кардиомониторным контролем
- кесарева сечения в экстренном порядке
- операции наложения высоких акушерских щипцов

**Антропометрическими маркерами узкого таза у данной пациентки, выявленными при дополнительном обследовании, являются ее рост 159 см, длина стопы 22 см, а также**

- окружность лучезапястного сустава менее 14,5 см
- окружность головы менее 56 см
- длина кисти менее 16 см
- расстояние между лопатками менее 15 см

**Характерной особенностью первого момента биомеханизма родов при наличии общеравномерносуженного таза, диагностированного у данной пациентки, является значительное сгибание головки плода с расположением стреловидного шва в + \_\_\_\_\_ + размере**

- прямом
- косом, ближе к поперечному
- поперечном
- косом

**Причинами развития плодово-тазовых диспропорций является не только анатомически узкий таз, который диагностирован у данной пациентки, но и наличие опухолей матки и яичников, расположенных в полости малого таза, а также**

- слабости потуг во втором периоде родов

- рубца на матке после кесарева сечения
- преждевременного излития околоплодных вод
- экзостозов в малом тазу

**Согласно клиническим рекомендациям, одним из симптомов, свидетельствующих в пользу абсолютного клинического несоответствия размеров головки плода и таза данной пациентки, является**

- умеренная конфигурация головки плода при прохождении по родовому каналу
- несоответствие особенностей вставления головки плода форме таза матери
- появление потуг при нахождении головки плода в плоскости узкой части полости малого таза
- вставление головки плода, характерное для данной формы узкого таза матери

**Трудности при проведении операции кесарева сечения у данной пациентки в связи с развитием клинически узкого таза могут включать в себя затрудненное извлечение плода, а также**

- технические сложности при выполнении доступа
- опасность ранения смежных органов
- вероятность развития тромбоэмболических осложнений
- продление разреза на матке

**К проявлениям материнского травматизма в случае ведения родов через естественные родовые пути при развитии клинически узкого таза у данной пациентки следует отнести разрыв симфиза, отрыв матки от сводов влагалища, а также**

- снижение остроты зрения за счет дистрофических изменений на глазном дне
- образование мочеполовых и ректовагинальных свищей
- разрыв поперечнополосатых мышц передней брюшной стенки
- двусторонний вывих или экзартикуляцию тазобедренных суставов

**К проявлениям детского родового травматизма в случае ведения родов через естественные родовые пути при развитии клинически узкого таза у данной пациентки следует отнести синдром гипервозбудимости, угнетение центральной нервной системы, а также**

- снижение остроты зрения за счет дистрофических изменений на глазном дне

- образование мочеполовых и ректовагинальных свищей
- разрыв поперечнополосатых мышц передней брюшной стенки
- двусторонний вывих или экзартикуляцию тазобедренных суставов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 27 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение. Срок беременности 35 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На жидкие выделения из половых путей в небольшом количестве.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, протекала без особенностей. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 часов, до этого жидких выделений из половых путей не отмечала.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции: корь, краснуха, ветряная оспа;
- \* хронический гастрит, ремиссия;
- \* хронический цистит, ремиссия;
- \* гинекологические заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 74 уд./мин, АД 110/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **Для постановки диагноза данной пациентке необходимо провести**

- снижение остроты зрения за счет дистрофических изменений на глазном дне
- образование мочеполовых и ректовагинальных свищей
- разрыв поперечнополосатых мышц передней брюшной стенки
- двусторонний вывих или экзартикуляцию тазобедренных суставов

### **Результаты обследования**

**Необходимым для постановки данной пациентке диагноза методом обследования является**

- снижение остроты зрения за счет дистрофических изменений на глазном дне
- образование мочеполовых и ректовагинальных свищей
- разрыв поперечнополосатых мышц передней брюшной стенки
- двусторонний вывих или экзартикуляцию тазобедренных суставов

### **Результаты обследования**

#### **Данные обследования позволяют поставить пациентке диагноз**

- снижение остроты зрения за счет дистрофических изменений на глазном дне
- образование мочеполовых и ректовагинальных свищей
- разрыв поперечнополосатых мышц передней брюшной стенки
- двусторонний вывих или экзартикуляцию тазобедренных суставов

### **Диагноз**

**При выполнении ультразвукового исследования у пациентки с преждевременным излитием околоплодных вод для решения вопроса о пролонгировании беременности возможно определение индекса**

- Вильямса-Тёрнера
- резистентности кровотока
- амниотической жидкости
- УЗ-плотности шейки матки

**Для контроля за состоянием плода необходимо назначить ежедневное проведение**

- ультразвукового исследования
- доплерометрии сосудов плаценты
- кардиотокографии
- подсчета шевелений плода

**Тактика ведения данной пациентки заключается в**

- максимально возможном пролонгировании беременности
- госпитализации для подготовки к родоразрешению
- срочном родоразрешении путем операции кесарева сечения
- экстренном родоразрешении путем операции кесарева сечения

**Через 18 часов после поступления в стационар у пациентки появились жалобы на озноб, повышение температуры. Шейка матки незрелая . В связи с**

**развитием хориоамнионита, отсутствием регулярной родовой деятельности данной пациентке показано**

- родоразрешение путем операции кесарева сечения в ускоренном порядке
- проведение индукции родов при отсутствии родовой деятельности в течение 2-х часов
- мониторинг развития родовой деятельности под контролем КТГ и УЗИ
- проведение индукции родов при отсутствии родовой деятельности в течение 24-х часов

**Подтвердить развитие хориоамнионита у данной пациентки Вам поможет**

- нарастающая брадикардия у плода
- положительный прокальцитонин тест
- выраженная эозинофилия в крови матери
- отрицательный прокальцитонин тест

**В первую очередь с патогенетической точки зрения данной пациентке нужно начать**

- индукцию родовой деятельности
- оперативное родоразрешение
- антибактериальную терапию
- терапию глюкокортикостероидами

**Вы начали проведение антибактериальной терапии данной пациентке препаратом**

- метронидазол
- эритромицин
- цефтриаксон
- ампициллин

**Учитывая развитие хориоамнионита, вы принимаете решение о переводе пациентки в**

- родильное отделение
- инфекционное отделение
- отдельную палату
- инфекционный стационар

**С целью профилактики ПРПО при последующей беременности вы порекомендуете пациентке**

- родильное отделение
- инфекционное отделение
- отдельную палату
- инфекционный стационар

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 37 лет доставлена в приемное отделение стационара 3-го уровня машиной скорой помощи. Срок беременности 29 недель 2 дня.

### **Жалобы**

На жидкие выделения из половых путей в небольшом количестве.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность третья, наступила в результате первой попытки ЭКО и ПЭ. Указанные жалобы беспокоят в течение 4 часов.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции: корь, краснуха;
- \* хронический цистит, ремиссия;
- \* миопия слабой степени.
- \* гинекологические заболевания: бесплодие 2. Трубно-перитонеальный фактор.
- \* в 2012 году – трубная беременность справа, произведено: лапароскопия, тубэктомия справа. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. Впервые выявлен порок развития матки: седловидная матка.
- \* в 2014 году – трубная беременность слева, произведено: лапароскопия, тубэктомия слева. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 72 уд./мин, АД 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

**Для подтверждения диагноза ПРПО у доставленной в стационар пациентки с недоношенной беременностью, отсутствием регулярной родовой**

**деятельности и жидкими выделениями из половых путей необходимо провести**

- родильное отделение
- инфекционное отделение
- отдельную палату
- инфекционный стационар

**Результаты обследования**

**При сомнении в точности диагноза у данной пациентки необходимо провести**

- родильное отделение
- инфекционное отделение
- отдельную палату
- инфекционный стационар

**Результаты обследования**

**Проведенное пациентке обследование позволяет поставить диагноз**

- родильное отделение
- инфекционное отделение
- отдельную палату
- инфекционный стационар

**Диагноз**

**При подозрении на ПРПО в первую очередь необходимо**

- назначить антибактериальную терапию
- подтвердить диагноз ПРПО
- начать проведение токолиза
- провести забор анализов крови

**Принимая во внимание срок беременности, данной пациентке показана**

- операция кесарево сечение
- активная тактика
- активно-выжидательная тактика
- выжидательная тактика

**Проведение антибактериальной терапии необходимо начать**

- после забора материала для микробиологического исследования

- через двадцать четыре часа после излития околоплодных вод
- сразу после госпитализации в отделение патологии беременности
- через сорок восемь часов после излития околоплодных вод

**В ОПБ пациентке рекомендовано соблюдение + \_\_\_\_\_ + режима**

- лечебно-охранительного
- строгого палатного
- полупостельного
- строгого постельного

**В отделении необходимо начать проведение профилактики РДС плода, поскольку срок беременности пациентки не превышает + \_\_\_\_\_ + недели/недель**

- 35
- 32
- 34
- 33

**Тактика ведения данной пациентки направлена на**

- обязательное пролонгирование беременности до срока 36 недель 6 дней
- обязательное пролонгирование беременности до срока 33 недель 6 дней
- максимально быстрое родоразрешение с целью снижения риска инфицирования
- достижение максимальной зрелости плода при минимальном риске инфицирования

**Пациентка была направлена в стационар третьего, а не второго уровня, поскольку ведение беременной с ПРПО в стационаре второго уровня возможно только при сроке беременности от + \_\_\_\_\_ + недель и массе плода от + \_\_\_\_\_ + г.**

- 32; 1500
- 32; 2200
- 34; 2200
- 34; 1500

**Учитывая отсутствие клинических признаков инфекции у пациентки в сроке беременности 22 недели – 33 недели 6 дней с ПИОВ, назначают общий анализ крови при поступлении и**

- один раз в три дня

- далее каждый день
- более не назначали
- один раз в два дня

**Противопоказанием к выжидательной тактике не является**

- один раз в три дня
- далее каждый день
- более не назначали
- один раз в два дня

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 33 лет доставлена в приемное отделение стационара 2-го уровня машиной скорой помощи. Срок беременности 34 недель 2 дня.

### **Жалобы**

На однократные жидкие выделения из половых путей в объеме около 50 мл.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность вторая, наступила самопроизвольно. Указанные жалобы появились около 3 часов назад.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции: корь;
- \* хронический пиелонефрит, ремиссия;
- \* миопия слабой степени.
- \* аллергическая реакция на пеницилины (препарат не помнит) – отек Квинке.
- \* гинекологические заболевания: миома матки малых размеров.
- \* в 2017 году – самопроизвольный выкидыш (7 недель беременности), abrasion cavı uteri. Генетическое исследование абортуса не проводилось.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 70 уд./мин, АД 115/72 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки голеней, стоп.

**Учитывая срок беременности, отсутствие регулярной родовой деятельности и подозрение на ПРПО, целесообразно**

- один раз в три дня
- далее каждый день
- более не назначали
- один раз в два дня

### **Результаты обследования**

**При отсутствии клинических признаков инфекции для своевременной диагностики инфекционных осложнений данной пациентке следует проводить контроль пульса, температуры (каждые 4 часа), оценку + \_\_\_\_\_ + при поступлении и далее каждые 24 часа**

- один раз в три дня
- далее каждый день
- более не назначали
- один раз в два дня

### **Результаты обследования**

**Для подтверждения диагноза ПРПО необходимо использовать**

- тест определения ПАМГ-1
- микроскопию секрета влагалища
- нитразиновый тест (рН)
- тест определения кристаллизации

**При первом осмотре в стерильных зеркалах нужно взять образец отделяемого из цервикального канала для**

- микробиологического исследования
- определения атипических клеток
- микроскопического исследования
- вирусологического исследования

**Пациентке показано назначение антибактериальной профилактики**

- при безводном промежутке >18 часов
- сразу после проведения родоразрешения
- при безводном промежутке >24 часов
- немедленно после постановки диагноза

**Для проведения антибиотикопрофилактики пациентке назначен**

- метронидазол
- эритромицин
- ампициллин
- цефтриаксон

**Учитывая отсутствие развития родовой деятельности, спустя 30 часов от момента излития околоплодных вод необходимо**

- провести оперативное родоразрешение в ускоренном порядке
- провести экстренное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения
- провести влагалищное исследование для оценки готовности к родам
- приступить к индукции родовой деятельности препаратом Окситоцин

**Профилактика РДС плода данной пациентке**

- не показана в связи со сроком беременности < 36 недели
- показана в связи со сроком беременности < 36 недели
- не показана в связи со сроком беременности > 34 недели
- показана в связи со сроком беременности > 34 недели

**Через 30 часов с момента излития околоплодных вод шейка матки оценена на 9 баллов по шкале Бишоп. Принято решение провести**

- родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке
- родоразрешение путем операции кесарева сечения в ускоренном порядке
- динамический мониторинг за развитием родовой деятельности
- родовозбуждение окситоцином под контролем кардиотокографии

**Пациентка была направлена в стационар третьего, а не второго уровня, поскольку у беременной**

- ПМП 3000г
- ПРПО
- срок беременности 34 недели
- нет родовой деятельности

**Учитывая отсутствие у пациентки клинических признаков инфекции, необходимо назначить определение уровня С-реактивного белка при поступлении**

- и при выписке

- и далее ежедневно
- и далее раз в три дня
- и после родоразрешения

**Учитывая отсутствие у пациентки клинических признаков инфекции, общий анализ крови назначается при поступлении и далее**

- и при выписке
- и далее ежедневно
- и далее раз в три дня
- и после родоразрешения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась пациентка 35 лет со сроком беременности 35 недель.

### **Жалобы**

На умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 7-10 мин) с иррадиацией в поясницу, обильные слизистые выделения из влагалища.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 8 часов. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием у акушера - 4 недели назад.

### **Анамнез жизни**

**\*Соматический анамнез:\*** Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия.

Субклинический гипотиреоз, мед. компенсация.

**\*Гинекологический анамнез:\*** 2015г – конизация шейки матки по поводу CIN I, без осложнений.

**\*Акушерский анамнез:\***

I беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 3200 граммов, 53 см, послеродовый период протекал без осложнений;

II беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 35 недель, ребенок 2500 граммов, 50 см, здоров, послеродовый период протекал без осложнений;

III беременность – самопроизвольный выкидыш в 7 недель, без выскабливания;

IV беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 36 недель, ребенок 2600 граммов, 50 см, здоров, послеродовый период протекал без

осложнений

V беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по menses и КТР плода на I скрининге (совпадает). I триместр – токсикоз, амбулаторная терапия.

Скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25мм, установлен акушерский пессарий. Прием препаратов: эутирокс 50мкг, фолиевая кислота 400мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250мкг/сут (по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 29 недель – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища). Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 164 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7С. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

### **К необходимому в данной ситуации первичному методу обследования относится**

- и при выписке
- и далее ежедневно
- и далее раз в три дня
- и после родоразрешения

### **Результаты обследования**

#### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- и при выписке
- и далее ежедневно
- и далее раз в три дня
- и после родоразрешения

### **Результаты инструментального метода обследования**

**В качестве основного диагноза данной пациентки можно выставить**

- и при выписке
- и далее ежедневно
- и далее раз в три дня
- и после родоразрешения

## **Диагноз**

**Для подтверждения диагноза у данной пациентки преждевременного излития околоплодных вод необходимо проведение теста с определением**

- провоспалительного интерлейкина 6
- матриксной металлопротеиназы 8
- плацентарного  $\alpha$ -микроглобулина-1
- фетального фибронектина

**Данной пациентке дежурным врачом назначено проведение профилактики РДС плода 24 мг дексаметазона внутримышечно. Отменив данные назначения, вы объясняете коллеге, что профилактика РДС плода проводится**

- с использованием внутривенной формы введения дексаметазона
- преднизолоном в таблетированной форме
- половинной дозировкой кортикостероидов (12 мг)
- до 34 недели беременности

**Беременная рассказывает, что в предшествующую беременность проводился токолиз атозибаном и просит назначить ей данный препарат, однако, проведение токолиза атозибаном у данной пациентки не показано в связи**

- с недостаточной продолжительностью регулярных схваток
- с наличием субклинического гипотиреоза в анамнезе
- с недостаточным раскрытием шейки матки
- со сроком беременности 35 недель

## **Назначение утрожестана у данной пациентки**

- показано, учитывая отягощенный акушерский анамнез по преждевременным родам
- не показано, учитывая наличие акушерского пессария
- показано, учитывая укорочение шейки матки
- не показано, учитывая срок беременности

**При развитии регулярной родовой деятельности, тактика ведения данной пациентки заключается в**

- пролонгировании беременности до доношенного срока
- родоразрешении через естественные родовые пути
- экстренном оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- срочном оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

**При ведении родов через естественные родовые пути у данной пациентки во втором периоде возможно применение**

- утеротоников
- метода Кристеллера
- рутинной эпизиотомии
- полостных акушерских щипцов

**Обезболивание в родах у данной пациентки**

- возможно, с предпочтительным использованием эпидуральной аналгезии
- не показано, в связи с высоким риском развития аномалий родовой деятельности
- не показано, в связи с четвертыми предстоящими родами
- возможно, с предпочтительным использованием наркотических анальгетиков

**В случае отсутствия спонтанного излития околоплодных вод в родах, у данной пациентки целесообразно проведение амниотомии + \_\_\_\_\_ + шейки матки и на фоне эпидуральной аналгезии**

- на 7-8 сантиметрах открытия
- на 5-6 сантиметрах открытия
- при полном открытии
- на 3-4 сантиметрах открытия

**В данном случае, при рождении недоношенного ребенка показано**

- на 7-8 сантиметрах открытия
- на 5-6 сантиметрах открытия
- при полном открытии
- на 3-4 сантиметрах открытия

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

В приемный покой родильного дома (стационар II уровня) обратилась первобеременная 18 лет со сроком беременности 32 недели 4 дня.

### **Жалобы**

На обильные жидкие выделения из влагалища.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний визит в сроке 25 недель

### **Анамнез жизни**

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания отрицает.

\*Гинекологический анамнез:\* не отягощен

\*Акушерский анамнез:\*

I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по menses.

Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – ВПР плода не выявлено. Прием препаратов: йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время). Общая прибавка массы тела за беременность 9 кг.

По данным УЗИ: Беременность 32 недели 4 дня. Один живой плод в головном предлежании, продольном положении. Предполагаемая масса плода 1980г, 29 перцентиль. Фето-плацентарный и маточно-плацентарный кровотоки в пределах нормы. Количество околоплодных вод – маловодие.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 171 см, масса тела 68 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

### **При решении о выжидательной тактике показана госпитализация данной пациентки в**

- дневной стационар при многопрофильной больнице
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- отделение патологии беременности

**Необходимыми для постановки диагноза у данной пациентки лабораторными методами исследования являются определение**

- дневной стационар при многопрофильной больнице
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- отделение патологии беременности

**Результаты лабораторных методов обследования**

**У данной пациентки предполагаемым основным диагнозом является**

- дневной стационар при многопрофильной больнице
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- отделение патологии беременности

**Диагноз**

**Для подтверждения диагноза преждевременного излития околоплодных вод необходимо проведение теста с определением**

- плацентарного  $\alpha$ -микроглобулина-1
- фетального фибронектина
- провоспалительного интерлейкина 6
- матричных металлопротеиназ 8 и 9

**Учитывая срок беременности, наличие регулярных схваток (4 за 20 мин) и раскрытия маточного зева менее 3 см, не рекомендуется**

- проведение амниоинфузии
- проведение профилактики РДС плода
- перевод в стационар III уровня
- начинать токолитическую терапию

**При выборе выжидательной тактики у данной пациентки в листе наблюдений в истории родов с фиксацией каждые 4 часа необходимо отражать**

- относительное число нейтрофилов
- температуру тела
- артериальное давление
- абсолютное число лейкоцитов

Учитывая срок беременности, показан перевод беременной в перинатальный центр (стационар III) уровня, в данном случае проведение токолиза возможно на период не более + \_\_\_\_\_ + часов

- 48
- 6
- 12
- 24

У данной пациентки при дородовом излитии околоплодных вод антибактериальную профилактику следует начать

- с началом родовой деятельности
- в послеродовом периоде
- после получения результатов посевов отделяемого из влагалища
- сразу после постановки диагноза

Данной пациентке врач приемного отделения в качестве антибиотикопрофилактики назначил Амоксиклав 1,2 x 3 раза/день на 3 дня внутривенно.

Отменив данные назначения, Вы объясняете коллеге, что данный антибиотик

- обладает риском развития некротизирующего энтероколита у новорожденного
- противопоказан для применения у беременных в сроке беременности менее 36 недель
- обладает высокой частотой формирования антибиотикорезистентности микрофлоры
- применяется с частотой не менее 4 раз в день и длительностью не менее 7 дней

Показанием для отмены антибактериальной терапии у данной пациентки будут являться нормальные показатели + \_\_\_\_\_ + в течение 2 суток

- лейкоцитарной формулы
- артериального давления
- температуры тела
- частоты сердечных сокращений плода

Для постановки данной пациентке диагноза хориоамнионит необходимо наличие

- лихорадки у матери (выше 38°C)

- маловодия (индекс амниотической жидкости < 5)
- гипотонии у матери (АД < 90/60 мм.рт.ст.)
- брадикардии у плода (> 100 уд/мин)

**При развитии хориоамнионита оптимальная тактика ведения данной пациентки состоит в**

- лихорадки у матери (выше 38°C)
- маловодия (индекс амниотической жидкости < 5)
- гипотонии у матери (АД < 90/60 мм.рт.ст.)
- брадикардии у плода (> 100 уд/мин)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась повторнобеременная 40 лет со сроком беременности 20 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На обильные жидкие выделения из влагалища.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа. Пациентка не состоит на учете в женской консультации

### **Анамнез жизни**

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Пародонтит. Курит по 12 сиг/день. По данным ОГТТ до беременности – нарушение толерантности к глюкозе.

Группа крови АВ (IV), резус фактор отрицательный

\*Гинекологический анамнез:\* не отягощен

\*Акушерский анамнез:\*

I беременность – своевременные роды, мальчик 3600г, 53см, здоров

II - данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по menses

Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск. Прием препаратов: йодомарин 250мкг/сут (по настоящее время). 18-19 недель - острый пиелонефрит, терапию не получала.

По данным ЭХО-КГ плода - дефект межжелудочковой перегородки.

Общая прибавка массы тела за беременность 2 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 166 см, масса тела 64 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7 С. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбуждима. Шевеления плода ощущает.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

#### **В данном случае показана госпитализация с целью**

- динамического наблюдения за беременной
- прерывания беременности
- проведения токолитической терапии
- проведения антибактериальной терапии

#### **Для постановки диагноза у данной пациентки необходимо проведение**

- динамического наблюдения за беременной
- прерывания беременности
- проведения токолитической терапии
- проведения антибактериальной терапии

#### **Результаты обследования**

#### **Необходимыми для постановки диагноза у данной пациентки лабораторными методами исследования являются определение**

- динамического наблюдения за беременной
- прерывания беременности
- проведения токолитической терапии
- проведения антибактериальной терапии

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **У данной пациентки предполагаемым основным диагнозом является**

- динамического наблюдения за беременной
- прерывания беременности
- проведения токолитической терапии
- проведения антибактериальной терапии

#### **Диагноз**

**Согласно клиническим рекомендациям, основанием для прерывания беременности у данной пациентки является подтверждение дородового излития околоплодных вод при сроке беременности менее + \_\_\_\_\_ + недель**

- 26
- 22
- 24
- 28

**Наиболее оптимальным методом искусственного прерывания беременности у данной пациентки является**

- медикаментозное прерывание
- дилатация шейки матки и кюретаж матки
- гистеротомия (малое кесарево сечение)
- электрическая вакуумная аспирация

**После проведения прерывания беременности по медицинским показаниям врач акушер-гинеколог оформляет направление на патологоанатомическое вскрытие плода с обязательным указанием даты**

- рождения повторнобеременной
- последней менструации
- преждевременного излития околоплодных вод
- прерывания беременности

**У данной пациентки после завершения беременности показано введение антирезусного иммуноглобулина не позднее + \_\_\_\_\_ + часов**

- 36
- 48
- 72
- 84

**После проведенного прерывания беременности у данной пациентки не показано**

- проведение психологического консультирования
- проведение антибактериальной терапии
- медикаментозное подавление лактации
- пальцевое обследование полости матки

**Фактором риска преждевременных родов у данной пациентки является**

- инфекция мочевыводящих путей
- нарушенная толерантность к глюкозе
- врожденный порок развития плода
- маловодие

**Мероприятием по профилактике последующих преждевременных родов у данной пациентки является**

- питьевой режим
- борьба с курением
- периодический прием антибиотиков
- постельный режим

**Фактором риска преждевременных родов у данной пациентки является**

- питьевой режим
- борьба с курением
- периодический прием антибиотиков
- постельный режим

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась первобеременная 35 лет со сроком беременности 35 недель 2 дня.

### **Жалобы**

На обильные жидкие выделения из влагалища

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием у акушера - 2 недели назад.

### **Анамнез жизни**

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия.

\*Гинекологический анамнез:\* отрицает

\*Акушерский анамнез:\*

I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по menses и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой

скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25 мм. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 32 недель – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища).  
Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 164 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**При решении о выжидательной тактике показана госпитализация данной пациентки в**

- дневной стационар
- родильное отделение
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- отделение патологии беременности

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- дневной стационар
- родильное отделение
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- отделение патологии беременности

**Результаты инструментального метода обследования**

**У данной пациентки предполагаемым основным диагнозом является**

- дневной стационар
- родильное отделение
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- отделение патологии беременности

**Диагноз**

**Для подтверждения диагноза преждевременного излития околоплодных вод необходимо проведение теста с определением**

- плацентарного  $\alpha$ -микроглобулина-1
- матриксной металлопротеиназы 8
- провоспалительного интерлейкина 6
- фетального фибронектина

**Данной пациентке дежурным врачом назначено проведение профилактики РДС плода 24 мг дексаметазона внутримышечно. Отменив данные назначения, вы объясняете коллеге, что профилактика РДС плода проводится**

- до 34 недели беременности
- половинной дозировкой кортикостероидов (12мг)
- преднизолоном в таблетированной форме
- с использованием внутривенной формы введения дексаметазона

**У данной пациентки при дородовом излитии околоплодных вод антибактериальную профилактику следует начать**

- после получения результатов посевов отделяемого из влагалища
- с началом родовой деятельности
- в послеродовом периоде
- сразу после постановки диагноза

**У данной пациентки в интересах плода вагинальные роды предпочтительнее родоразрешения путем операции кесарево сечения учитывая срок беременности более + \_\_\_\_\_ + недели**

- 32
- 31
- 30
- 29

**Максимально возможный период выжидательной тактики у данной пациентки составляет + \_\_\_\_\_ + часов**

- 4-6
- 24-48
- 6-12
- 12-24

**Оптимальным методом родоразрешения данной пациентки является**

- экстренное оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения
- пролонгирование беременности до спонтанного развития регулярной родовой деятельности
- срочное оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения
- индуцированное родоразрешение через естественные родовые пути

**У данной беременной при недостаточно зрелой шейке матки после подготовки мифепристоном через 6 часов показано**

- начать родостимуляцию окситоцином
- оперативное родоразрешение путем кесарева сечения
- дальнейшее динамическое наблюдение
- интравагинальное введение 1 мг динопростона

**В случае недостаточной зрелости шейки матки у данной беременной, отсутствия эффекта от подготовки шейки матки и отсутствия родовой деятельности в течение 24–30 часов терапии показано**

- оперативное родоразрешение путем кесарева сечения
- проведение повторного курса подготовки шейки матки
- дальнейшее динамическое наблюдение за развитием родовой деятельности
- начать родостимуляцию окситоцином

**В данном случае, при рождении недоношенного ребенка показано**

- оперативное родоразрешение путем кесарева сечения
- проведение повторного курса подготовки шейки матки
- дальнейшее динамическое наблюдение за развитием родовой деятельности
- начать родостимуляцию окситоцином

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В фельдшерско-акушерский пункт (стационар I уровня) обратилась первобеременная 24 лет со сроком беременности 29 недель 4 дня.

### **Жалобы**

На обильные жидкие выделения из влагалища.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний визит в сроке 25 недель

### **Анамнез жизни**

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания отрицает.

\*Гинекологический анамнез:\* не отягощен

\*Акушерский анамнез:\*

I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по menses

Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – ВПР плода не выявлено. Прием препаратов: йодомарин 250 мкг/сут по настоящее время. Общая прибавка массы тела за беременность 4 кг.

По данным УЗИ: Один живой плод в головном предлежании, продольном положении. Предполагаемая масса плода 1800г. Фето-плацентарный и маточно-плацентарный кровотоки в пределах нормы. Количество околоплодных вод - маловодие

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 162 см, масса тела 54 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбуждима. Шевеления плода ощущает.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- оперативное родоразрешение путем кесарева сечения
- проведение повторного курса подготовки шейки матки
- дальнейшее динамическое наблюдение за развитием родовой деятельности
- начать родостимуляцию окситоцином

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**У данной пациентки предполагаемым основным диагнозом является**

- оперативное родоразрешение путем кесарева сечения
- проведение повторного курса подготовки шейки матки
- дальнейшее динамическое наблюдение за развитием родовой деятельности
- начать родостимуляцию окситоцином

## **Диагноз**

**Учитывая гестационный срок и состояние беременной, согласно карте маршрутизации, родоразрешение показано в**

- фельдшерско-акушерском пункте
- родильном отделении многопрофильной больницы
- областном перинатальном центре
- городском клиническом родильном доме

**Использование токолиза у данной пациентки**

- возможно на период перевода в стационар III уровня
- невозможно, учитывая преждевременное излитие околоплодных вод
- возможно с целью предупреждения развития регулярной родовой деятельности
- невозможно, учитывая срок беременности менее 33 полных недель

**При решении о выжидательной тактике показана госпитализация данной пациентки в**

- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- дневной стационар при многопрофильной больнице
- отделение патологии беременности

**Выжидательная тактика у данной пациентки возможна до срока + \_\_\_\_\_ + недель беременности**

- 37
- 34
- 35
- 36

**При выборе выжидательной тактики у данной пациентки в листе наблюдений в истории родов с фиксацией каждые 4 часа необходимо отражать**

- артериальное давление

- относительное число нейтрофилов
- температуру тела
- абсолютное число лейкоцитов

**У данной пациентки при дородовом излитии околоплодных вод антибактериальную профилактику следует начать**

- в послеродовом периоде
- с началом родовой деятельности
- сразу после постановки диагноза
- после получения результатов посевов отделяемого из влагалища

**Использование atosибана в качестве токолитика у данной пациентки**

- невозможно, учитывая срок беременности менее 33 полных недель
- невозможно, учитывая преждевременное излитие околоплодных вод и срок беременности менее 30 недель
- возможно, только на период до срока беременности в 34 недели 6 дней
- возможно, на период перевода в акушерский стационар III уровня

**Болюсная доза магния сульфата, при использовании в качестве нейропротектора у данной пациентки, составляет + \_\_\_\_\_ + г/час**

- 6-8
- 5-6
- 3-5
- 1-3

**Для постановки данной пациентке диагноза хориоамнионит необходимо наличие**

- маловодия (индекс амниотической жидкости < 5)
- брадикардии у плода (> 100 уд/мин)
- гипотонии у матери (АД < 90/60 мм.рт.ст.)
- лихорадки у матери (выше 38°C)

**При развитии хориоамнионита, оптимальная тактика ведения данной пациентки состоит в**

- маловодия (индекс амниотической жидкости < 5)
- брадикардии у плода (> 100 уд/мин)
- гипотонии у матери (АД < 90/60 мм.рт.ст.)
- лихорадки у матери (выше 38°C)

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась повторнобеременная 30 лет со сроком беременности 33 недели 4 дня.

### Жалобы

На умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 5-7 мин) с иррадиацией в поясницу, обильные слизистые выделения из влагалища.

### Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 8 часов. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием у акушера - 2 недели назад.

### Анамнез жизни

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия.

\*Гинекологический анамнез:\* 2014 г – конизация шейки матки по поводу CIN I, без осложнений.

\*Акушерский анамнез:\*

I беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 3500 граммов, 53 см, послеродовый период протекал без осложнений;

II беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 35 недель, ребенок 2500 граммов, 50 см, здоров, послеродовый период протекал без осложнений;

III беременность – самопроизвольный выкидыш в 7 недель, без выскабливания;

IV беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Течение данной беременности: I триместр – угрожающий выкидыш, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25 мм. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 29 недель – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища). Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 164 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7 С. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих

сторон.

Матка при пальпации возбуждима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**Необходимым в данной ситуации первичным методом обследования является**

- маловодия (индекс амниотической жидкости < 5)
- брадикардии у плода (> 100 уд/мин)
- гипотонии у матери (АД < 90/60 мм.рт.ст.)
- лихорадки у матери (выше 38°C)

**Результаты обследования**

**Для постановки диагноза у данной пациентки необходимо проведение**

- маловодия (индекс амниотической жидкости < 5)
- брадикардии у плода (> 100 уд/мин)
- гипотонии у матери (АД < 90/60 мм.рт.ст.)
- лихорадки у матери (выше 38°C)

**Результаты обследования**

**У данной пациентки предполагаемым основным диагнозом является**

- маловодия (индекс амниотической жидкости < 5)
- брадикардии у плода (> 100 уд/мин)
- гипотонии у матери (АД < 90/60 мм.рт.ст.)
- лихорадки у матери (выше 38°C)

**Диагноз**

**Индикатором прогноза эффективности токолиза у данной пациентки является**

- количество родов в анамнезе
- частота регулярных схваток
- срок данной беременности
- состояние шейки матки

**В данном случае необходимо проведение профилактики РДС плода**

- бетаметазоном в/м по 2 мг с интервалом 2 часа
- преднизолоном таб по 30 мг с интервалом 12 часов

- дексаметазоном в/м по 6 мг с интервалом 12 часов
- дексаметазоном в/в по 8 мг с интервалом 8 часов

**Учитывая наличие + \_\_\_\_\_+, у данной пациентки имеют место активные преждевременные роды**

- регулярных схваток не менее 2 за 20 минут наблюдения
- динамического изменения шейки матки
- срока беременности 33 недели 4 дня
- слизистых выделений из половых путей

**В данном случае группой препаратов выбора для проведения лечебного токолиза являются**

- производные прогестерона
- препараты магния
- спазмолитики миотропного действия
- $\beta$ 2-адреномиметики

**Данной пациентке врач приемного отделения назначил гексопреналина сульфат, селективный  $\beta$ 2-адреномиметик, с торговым названием**

- партусистен
- беротек
- атозибан
- гинипрал

**При проведении длительного токолиза у данной пациентки максимальной суточной дозировкой гексопреналина сульфата является + \_\_\_\_\_+ мкг**

- 270
- 340
- 430
- 720

**На фоне приема гексопреналина сульфата у пациентки развилась стойкая тахикардия. В данном случае целесообразно**

- отменить прием гинипрала, показано начать токолитическую терапию индометацином
- отменить прием гинипрала, показано начать токолитическую терапию атозибаном
- продолжить терапию гинипралом в сочетании с приемом пропранолола
- продолжить терапию гинипралом в сочетании с приемом верапамила

## **Оптимальная тактика ведения данной пациентки заключается в**

- родоразрешении через естественные родовые пути
- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

## **При рождении недоношенного ребенка у данной пациентки показано**

- родоразрешении через естественные родовые пути
- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась первобеременная 23 лет со сроком беременности 23 недели 4 дня.

### **Жалобы**

На умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 7-10 мин) с иррадиацией в поясницу, обильные слизистые выделения из влагалища.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 10 часов. Пациентка не состоит на учете в женской консультации.

### **Анамнез жизни**

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия. Бронхиальная астма с 14 лет.

\*Гинекологический анамнез:\* не отягощен

\*Акушерский анамнез:\*

I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по menses и данным I скрининга (совпадает). Течение данной беременности: скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25 мм, рекомендована консультация акушера-гинеколога. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время). По данным УЗИ в сроке беременности 22 недели – плод соответствует 20 неделям, маловодие (ИАЖ менее 10) ЭХО-КГ плода:

подозрение на преждевременное закрытие артериального протока. Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 164 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19см.

Влагалищное исследование:

Шейка матки по проводной оси таза, укорочена до 1,5 см, мягкая.

Цервикальный канал проходим для 1 пальца свободно. Плодный пузырь цел, предлежит головка плода – над входом в малый таз. Мыс недостижим, экзостозов в малом тазу нет. Выделения светлые, слизистые, обильные. Тест на подтекание околоплодных вод отрицательный

**При решении о выжидательной тактике показана госпитализация данной пациентки в**

- отделение патологии беременности
- дневной стационар при многопрофильной больнице
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии

**К необходимым в данной ситуации первичным методам обследования относятся**

- отделение патологии беременности
- дневной стационар при многопрофильной больнице
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии

**Результаты обследования**

**У данной пациентки предполагаемый основной диагноз звучит как**

- отделение патологии беременности
- дневной стационар при многопрофильной больнице
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии

## **Диагноз**

**Индикатором прогноза эффективности токолиза у данной пациентки является**

- частота регулярных схваток
- состояние шейки матки
- отсутствие преждевременных родов в анамнезе
- срок данной беременности

**Применение блокаторов рецепторов окситоцина в качестве токолитика у данной пациентки**

- невозможно, учитывая наличие бронхиальной астмы у беременной
- невозможно, учитывая срок беременности менее 24 недель
- возможно, несмотря на внутриутробную задержку роста плода
- возможно, несмотря на подозрение на преждевременное излитие околоплодных вод

**В данном случае группой препаратов выбора для проведения лечебного токолиза являются**

- препараты магния
- $\beta$ 2-адреномиметики
- производные прогестерона
- спазмолитики миотропного действия

**При использовании селективного  $\beta$ 2-адреномиметика в качестве токолитика у данной пациентки необходим динамический контроль**

- билирубина крови беременной
- температуры
- кальция крови
- ЧСС беременной

**При токолитической терапии у данной пациентки необходимо письменное информированное согласие на использование**

- нифедипина
- сульфата магния
- гинипрала
- производных прогестерона

**Использование ингибитора циклооксигеназы в качестве токолитика у данной пациентки**

- возможно, учитывая маловодие по данным ультразвукового метода исследования
- невозможно, учитывая срок беременности менее 32 недель
- невозможно, учитывая наличие у пациентки бронхиальной астмы
- возможно, учитывая подозрение на преждевременное закрытие артериального протока у плода

**С целью минимизации побочных эффектов при токолизе у данной пациентки, введение  $\beta$ 2-адреномиметиков целесообразно сочетать с приемом**

- верапамила
- атозибана
- индометацина
- пропранолола

**Оптимальная тактика ведения данной пациентки заключается в**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

**Болюсная доза магния сульфата, при использовании в качестве нейропротектора у данной пациентки, составляет + \_\_\_\_\_ + г/час**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой родильного дома (стационар II уровня) обратилась первобеременная 25 лет со сроком беременности 36 недель 4 дня.

### **Жалобы**

На умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 7-10 мин) с иррадиацией в поясницу, обильные жидкие выделения из влагалища.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 10 часов. Пациентка не состоит на учете в женской консультации.

## **Анамнез жизни**

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия. Бронхиальная астма с 14 лет

\*Гинекологический анамнез:\* не отягощен

\*Акушерский анамнез:\*

I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Течение беременности:\* срок беременности определен по mensis. Течение данной беременности: скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – норма. Прием препаратов: фолиевая кислота 400мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250мкг/сут (по настоящее время). Общая прибавка массы тела за беременность 12 кг.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 164 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

## **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

## **Результаты инструментального метода обследования**

### **К необходимым в данной ситуации первичным методам обследования относятся**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

## **Результаты обследования**

**Для диагностирования преждевременного излития околоплодных вод у данной пациентки, необходимо определение**

**+ \_\_\_\_\_+, связывающего инсулиноподобный фактор роста**

- противовоспалительного интерлейкина-4
- провоспалительного интерлейкина-6
- фосфорилированного протеина-1
- матриксной металлопротеиназы 8, 9

**У данной пациентки предполагаемым основным диагнозом является**

- противовоспалительного интерлейкина-4
- провоспалительного интерлейкина-6
- фосфорилированного протеина-1
- матриксной металлопротеиназы 8, 9

## **Диагноз**

**Применение микронизированного прогестерона у данной пациентки**

- не показано, учитывая возраст беременной
- показано, учитывая клинические признаки угрожающих преждевременных родов
- показано, учитывая преждевременное излитие околоплодных вод
- не показано, учитывая срок беременности

**Выжидательная тактика у данной пациентки**

- не показана, учитывая возраст беременной
- не показана, учитывая срок беременности
- показана на срок проведения профилактики РДС плода
- показана на период перевода пациентки в стационар III уровня

**Оптимальная тактика ведения данной пациентки заключается в**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- родоразрешении через естественные родовые пути

**При ведении преждевременных родов через естественные родовые пути у данной пациентки во втором периоде возможно применение**

- утеротонических препаратов
- рутинной эпизиотомии
- метода Кристеллера
- акушерских щипцов

**У данной пациентки вагинальные роды + \_\_\_\_\_ + путем операции кесарево сечения, + \_\_\_\_\_ +**

- не имеют преимуществ перед родоразрешением; для минимизации заболеваемости недоношенного ребенка
- предпочтительнее родоразрешения; учитывая срок беременности более 32 недель
- предпочтительнее родоразрешения; учитывая наличие предшествующих самопроизвольных родов
- не имеют преимуществ перед родоразрешением; для уменьшения материнской заболеваемости

**Обезболивание в родах у данной пациентки**

- возможно, с предпочтительным использованием эпидуральной аналгезии
- не показано, в связи с первыми предстоящими преждевременными родами
- возможно, с предпочтительным использованием наркотических анальгетиков
- не показано, в связи с высоким риском развития аномалий родовой деятельности

**Использование ингибитора циклооксигеназы в качестве токолитика у данной пациентки**

- возможно, несмотря на наличие бронхиальной астмы
- не показано, учитывая срок беременности
- возможно, несмотря на преждевременное излитие околоплодных вод
- не показано, учитывая возраст первобеременной

**При рождении недоношенного ребенка у данной пациентки показано**

- возможно, несмотря на наличие бронхиальной астмы
- не показано, учитывая срок беременности
- возможно, несмотря на преждевременное излитие околоплодных вод

- не показано, учитывая возраст первобеременной

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась первобеременная 30 лет со сроком беременности 30 недель 5 дней.

### Жалобы

На умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 15-20 мин) с иррадиацией в поясницу, обильные слизистые выделения из влагалища.

### Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 2-х дней. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием у акушера - 2 недели назад.

### Анамнез жизни

\*Акушерский анамнез:\* не отягощен.

\*Гинекологический анамнез:\* 2015 г – конизация шейки матки по поводу CINII, без осложнений.

\*Течение беременности\* Данная беременность 1-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25 мм. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), утрожестан (200 мг на ночь с 15 по н.в.), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 21 неделю – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища). Общая прибавка массы тела за беременность 6 кг.

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, стойкая ремиссия, последнее обострение в 2014 г. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 168 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбуждима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**При решении о выжидательной тактике показана госпитализация данной пациентки в**

- отделение патологии беременности
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- дневной стационар при многопрофильной больнице

**К необходимым в данной ситуации первичным методам обследования относятся**

- отделение патологии беременности
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- дневной стационар при многопрофильной больнице

**Результаты обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза в данном случае инструментальными методами обследования являются**

- отделение патологии беременности
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- дневной стационар при многопрофильной больнице

**Результаты инструментальных методов обследования**

**У данной пациентки предполагаемый основной диагноз звучит как**

- отделение патологии беременности
- родильное отделение при многопрофильной больнице
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- дневной стационар при многопрофильной больнице

**Диагноз**

**Для подтверждения диагноза преждевременного излития околоплодных вод необходимо проведение теста с определением**

- матриксной металлопротеиназы 8, 9
- фетального фибронектина

- плацентарного  $\alpha$ -микроглобулина-1
- провоспалительного интерлейкина б

**Индикатором прогноза эффективности токолиза у данной пациентки является**

- состояние шейки матки
- отсутствие преждевременных родов в анамнезе
- срок данной беременности
- частота регулярных схваток

**Целью проведения острого токолиза у данной пациентки является**

- проведение профилактики РДС плода
- блокирование развития регулярной родовой деятельности
- пролонгирование беременности до доношенного срока
- снятие гипертонуса беременной матки

**В данном случае группой препаратов выбора для проведения лечебного токолиза являются**

- производные прогестерона
- $\beta$ 2-адреномиметики
- спазмолитики миотропного действия
- препараты магния

**При использовании селективного  $\beta$ 2-адреномиметика в качестве токолитика у данной пациентки необходим динамический контроль**

- кальция крови беременной
- ЧСС беременной
- билирубина крови беременной
- температуры

**С целью минимизации побочных эффектов при токолизе у данной пациентки, введение  $\beta$ 2-адреномиметиков целесообразно сочетать с приемом**

- атозибана
- индометацина
- пропранолола
- верапамила

**Оптимальная тактика ведения данной пациентки заключается в**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза

- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

### **При рождении недоношенного ребенка у данной пациентки показано**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась первобеременная 30 лет со сроком беременности 30 недель 5 дней.

### **Жалобы**

На умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 15-20 мин) с иррадиацией в поясницу, обильные слизистые выделения из влагалища.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 2-х дней. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием у акушера - 4 недели назад.

### **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\* не отягощен.

\*Гинекологический анамнез:\* 2015 г – конизация шейки матки по поводу CIN II, без осложнений.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 1-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25мм. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут, утрожестан (200 мг на ночь), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища – терапию не получала. Общая прибавка массы тела за беременность 6 кг.

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, стойкая ремиссия, последнее обострение в 2014 г. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 168 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, t тела 36.7°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

## **Необходимыми в данной ситуации первичными методами обследования являются**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

## **Результаты обследования**

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом у данной пациентки является**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути

## **Диагноз**

**Для подтверждения диагноза преждевременного излития околоплодных вод у данной пациентки, необходимо проведение теста на подтекание околоплодных вод с определением**

- провоспалительного интерлейкина 6
- фетального фибронектина
- матриксной металлопротеиназы 8, 9
- плацентарного  $\alpha$ -микроглобулина-1

**В данном случае необходимо проведение профилактики РДС плода**

- бетаметазоном в/м по 2 мг с интервалом 2 часа
- преднизолоном таб по 30 мг с интервалом 12 часов
- дексаметазоном в/м по 6 мг с интервалом 12 часов
- дексаметазоном в/в по 8 мг с интервалом 8 часов

**Целью проведения острого токолиза у данной пациентки является**

- снятие гипертонуса беременной матки
- проведение профилактики РДС плода
- пролонгирование беременности до доношенного срока
- блокирование развития регулярной родовой деятельности

**Препаратом выбора для проведения острого токолиза у данной пациентки является**

- спазмолитики миотропного действия
- сульфат магния
- атосибан
- производные дидрогестерона

**При динамическом мониторинге состояния беременной и плода на фоне токолитической терапии  $\beta$ 2-адреномиметиками особое внимание уделяется**

- контролю ЧСС матери
- пальпации и контролю тонуса матки
- мониторингу за уровнем артериального давления
- контролю ЧСС плода

**Максимальная продолжительность применения препарата Атосибан у данной пациентки составляет + \_\_\_\_\_ + часов**

- 48
- 12
- 72
- 24

**С целью минимизации побочных эффектов при использовании  $\beta$ 2-адреномиметиков в качестве токолиза у данной пациентки, введение препарата целесообразно сочетать с приемом**

- атозибана
- верапамила
- пропранолола
- индометацина

**Оптимальная тактика ведения данной пациентки заключается в**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- родоразрешении через естественные родовые пути
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

**При рождении недоношенного ребенка у данной пациентки показано**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- родоразрешении через естественные родовые пути
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение в 10 часов 15 минут самотеком из сельского населенного пункта обратилась повторнородящая 25 лет после «Дорожных родов». Срок беременности на момент родов 40 недель. Время рождения ребенка 09 часов 40 минут. Время отделения последа 10 часов 05 минут. У пациентки плаценты на руках нет, со слов, плацента осталась дома по религиозным воззрениям. Пациентка госпитализирована в родильное отделение.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – роды через естественные родовые пути в сроке 38 недель.

Мальчик 3510 гр/52 см.

\* II беременность – роды через естественные родовые пути в сроке 39 недель.

Мальчик 3615 гр/51 см.

\* II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время. Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания – отрицает;
- \* детские инфекции – ветряная оспа;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 90/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Выделения из половых путей обильные, ярко красного цвета в объеме 400 мл

### **В данной клинической ситуации необходимо взять**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- родоразрешении через естественные родовые пути
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

### **Результаты**

**Для уточнения состояния полости матки с целью исключения в ней остатков плодных оболочек и остатков плацентарной ткани следует воспользоваться следующим инструментальным методом обследования**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- родоразрешении через естественные родовые пути
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

## **Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации диагноз будет звучать следующим образом**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- родоразрешении через естественные родовые пути
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

## **Диагноз**

**Исходя из данных ультразвукового исследования полости матки, с целью удаления остатков плацентарной ткани следует провести процедуру**

- динамическом наблюдении за состоянием беременной и плода
- пролонгировании беременности с использованием токолиза
- родоразрешении через естественные родовые пути
- оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

**В данной ситуации для уточнения показателей свертывания крови необходимо взять**

- биохимию крови
- коагулограмму
- маркеры преэклампсии
- анализ мочи

**Необходимой дозой окситоцина используемой для лечения послеродового кровотечения является + \_\_\_\_\_ + МЕ**

- 10-20
- 30-40
- 20-30
- 40-50

**На фоне проведения утеротонической терапии наблюдается гипотония матки, в данной клинической ситуации требуется проведения манипуляции**

- массажа послеродовой матки на кулаке
- введения баллонного катетера
- ультразвукового исследования матки
- повторного ручного обследования матки

**Для снижения объема кровопотери при послеродовом кровотечении рекомендуется внутривенное введение транексамовой кислоты из расчёта + \_\_\_\_\_ + мг/кг**

- массажа послеродовой матки на кулаке
- введения баллонного катетера
- ультразвукового исследования матки
- повторного ручного обследования матки

**Учитывая отсутствие данных об объёме кровопотери до приезда в стационар и принимая во внимания данные «прикроватного теста» и лабораторного метода исследования, дальнейшая тактика ведения заключается в**

- продолжении утеротонической терапии
- трансфузии криопреципитата
- трансфузии эритроцитарной массы
- трансфузии свежзамороженной плазмы

**Временной интервал, по прошествии которого следует думать о завершении формирования внутриматочного гемостаза и приступить к постепенному опорожнению внутриматочного баллона**

- 30 минут
- 1 час
- 12 часов
- 2–3 часа

**В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей после физиологических родов в родильном блоке осуществляется в течение + \_\_\_\_\_ + часов/часа**

- 1
- 4
- 2
- 3

**С учетом нарушений гемодинамики и трансфузии компонентов крови после массивной кровопотери абсолютно показана нефармакологическая тромбопрофилактика, которая включает в себя**

- 1
- 4
- 2
- 3

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В условиях родильного отделения произошло родоразрешение повторнородящей женщины при сроке беременности 38 недель. В 10:15 родился живой доношенный мальчик массой 3820г., длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 10 минут после рождения ребенка самостоятельно отделилась плацента, и выделился послед. Послед осмотрен – оболочки и дольки все. Объем кровопотери 250 мл. Через 50 минут после родов пациентка пожаловалась на жидкие выделения из половых путей. При массаже матки из половых путей выделилось 250 мл жидкой алой крови со сгустками, тонус матки ослаблен.

### Жалобы

Нет.

### Анамнез заболевания

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – роды через естественные родовые пути в сроке 38 недель.

Мальчик 3510 гр/52 см.

\* II беременность – роды через естественные родовые пути в сроке 39 недель.

Мальчик 3615 гр/51 см.

\* III беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### Анамнез жизни

\* хронические заболевания – отрицает;

\* детские инфекции – ветряная оспа;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* отец и мать здоровы.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы

обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**В данной клинической ситуации необходимо взять следующий анализ**

- 1
- 4
- 2
- 3

**Результаты обследования**

**Для установления причины кровотечения, в данной клинической ситуации, можно воспользоваться следующим инструментальным методом обследования**

- 1
- 4
- 2
- 3

**Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации диагноз будет звучать следующим образом**

- 1
- 4
- 2
- 3

**Диагноз**

**В раннем послеродовом периоде контроль за состоянием матки, количеством и характером выделений из половых путей должен осуществляться во временном интервале + \_\_\_\_\_ + минут**

- 40-50
- 30-40
- 50-60
- 15-20

**В данной клинической ситуации обязательной процедурой для уточнения общего объёма кровопотери является**

- измерение артериального давления
- взвешивание пропитанных кровью пеленок
- оценка клинических симптомов гиповолемии
- визуальное определение кровопотери

**Опираясь на клинические данные (общий объём кровопотери 650 мл) и результаты ультразвукового исследования в данной ситуации на первом этапе для остановки кровотечения следует провести следующую манипуляцию**

- компрессия брюшной аорты
- бимануальная компрессия матки
- ручное исследование послеродовой матки
- ультразвуковое исследование матки

**Рекомендуемой дозой окситоцина, используемой для лечения послеродового кровотечения, является + \_\_\_\_\_ + МЕ**

- 40-50
- 20-30
- 30-40
- 10-20

**При лечении послеродового кровотечения максимально допустимой дозой окситоцина в сутки является + \_\_\_\_\_ + МЕ**

- 40
- 20
- 60
- 80

**На фоне проведения утеротонической терапии и ручного обследования послеродовой матки наблюдается гипотония матки, что требует проведения следующей манипуляции**

- ультразвукового исследования матки
- массажа матки на кулаке
- повторного ручного обследования матки
- трансвагинального введения баллонного катетера

**Количество жидкости, которое в среднем расходуется для заполнения системы при установке трансвагинального баллонного катетера, составляет + \_\_\_\_\_ + мл**

- 200–300
- 500-600
- 100–200
- 350–400

**Временной интервал, по прошествии которого следует думать о завершении формирования внутриматочного гемостаза и приступить к постепенному опорожнению внутриматочного баллона**

- 12 часов
- 30 минут
- 2–3 часа
- 1 час

**В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей после физиологических родов в родильном блоке осуществляется в течение + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- 12 часов
- 30 минут
- 2–3 часа
- 1 час

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В условиях родильного отделения произошло родоразрешение первородящей женщины при сроке беременности 38 недель. В 10:15 родился живой доношенный мальчик массой 3820 г., длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 30 минут после рождения ребенка признаков отделения плаценты нет. Учитывая отсутствие признаков отделения плаценты произведено ручное обследование матки, отделение плаценты и выделение последа. После отделения плаценты, одновременно из половых путей выделилось 480 мл. жидкой крови.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания – отрицает;

\* детские инфекции – ветряная оспа;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**В данной клинической ситуации необходимо взять следующий анализ**

- 12 часов
- 30 минут
- 2–3 часа
- 1 час

### **Результаты анализа**

**Для установления причины кровотечения, в данной клинической ситуации, можно воспользоваться следующим инструментальным методом обследования**

- 12 часов
- 30 минут
- 2–3 часа

- 1 час

### **Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации диагноз будет звучать следующим образом**

- 12 часов
- 30 минут
- 2–3 часа
- 1 час

### **Диагноз**

**Использование визуального метода определение кровопотери при послеродовом кровотечении недооценивает реальную кровопотерю в среднем на + \_\_\_\_ +%**

- 30
- 20
- 10
- 40

**В данной клинической ситуации на первом этапе для остановки кровотечения следует провести следующую манипуляцию**

- компрессия брюшной аорты
- ручное исследование послеродовой матки
- ультразвуковое исследование матки
- бимануальная компрессия матки

**Методом анестезии для проведения ручного обследования послеродовой матки является**

- нейроаксиальная
- общая
- местная
- региональная

**При послеродовом кровотечении использование нейроаксиального метода анестезии противопоказано при**

- нормокоагуляции
- ретракции
- гиперкоагуляции

- гипокоагуляции

**Обязательным условием перед проведением любой анестезии является**

- диаметр используемой иглы 29G
- диаметр используемой иглы 27 G
- адекватный венозный доступ
- наличие ассистента у анестезиолога

**При возникновении послеродового кровотечения для проведения инфузионной терапии необходимым является**

- положение с поднятой головой
- внутривенный доступ 2-мя катетерами
- присутствие анестезиолога
- присутствие трансфузиолога

**Расчет объёма циркулирующей крови у данной пациентки производится по формуле + \_\_\_\_\_ + мл/кг**

- 100
- 200
- 50
- 150

**После проведения ручного исследования послеродовой матки кровотечение остановилось, общий объём кровопотери составил 650 мл. Исходя из массы тела, для пациентки данный объём кровопотери следует отнести к**

- физиологической кровопотере
- послеродовому кровотечению
- геморрагическому шоку
- массивной кровопотере

**В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей после физиологических родов в родильном блоке осуществляется в течение + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- физиологической кровопотере
- послеродовому кровотечению
- геморрагическому шоку
- массивной кровопотере

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

В условиях родильного отделения произошло родоразрешение повторнородящей женщины при сроке беременности 38 недель. В 10:15 родился живой доношенный мальчик массой 3820 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 10 минут после рождения ребенка самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. После рождения плаценты одномоментно выделилось 450 мл жидкой алой крови со сгустками, кровотечение продолжается.

## **Жалобы**

Нет.

## **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – 2017г. – роды через естественные родовые пути при сроке беременности 39 недель. Кесарево сечение в связи с клинически узким тазом. Мальчик 3980 г, рост 51 см. Апгар 8/9 баллов.

\* II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время. Общая прибавка массы тела – 13 кг.

## **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания – отрицает;
- \* детские инфекции – ветряная оспа;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец и мать здоровы.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**В данной клинической ситуации необходимо взять следующий анализ**

- физиологической кровопотере
- послеродовому кровотечению
- геморрагическому шоку
- массивной кровопотере

**Результаты обследования**

**Для установления причины кровотечения, в данной клинической ситуации, можно воспользоваться следующим инструментальным методом обследования**

- физиологической кровопотере
- послеродовому кровотечению
- геморрагическому шоку
- массивной кровопотере

**Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации диагноз будет звучать следующим образом**

- физиологической кровопотере
- послеродовому кровотечению
- геморрагическому шоку
- массивной кровопотере

**Диагноз**

**Использование визуального метода определение кровопотери при послеродовом кровотечении недооценивает реальную кровопотерю в среднем на + \_\_\_\_ +%**

- 20
- 40
- 30
- 10

**В данной клинической ситуации наиболее простым и объективным методом оценки объёма кровопотери является**

- оценка гиповолемии
- визуальное определение
- гравиметрический метод

- оценка шокового индекса

**Для установления причины раннего послеродового кровотечения следует**

- уточнить акушерский анамнез
- уточнить гинекологический анамнез
- использовать правило «4Т»
- уточнить соматический анамнез

**В данной клинической ситуации на первом этапе для остановки кровотечения следует провести следующую манипуляцию**

- ручное исследование послеродовой матки
- бимануальная компрессия матки
- компрессия брюшной аорты
- ультразвуковое исследование матки

**При продолжающемся кровотечении и отсутствие эффекта от проводимой утеротонической терапии и ручного обследования послеродовой матки дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в**

- продолжении утеротонической терапии
- компрессии брюшной аорты
- доставке в операционную
- постановке баллонного катетера

**После постановки баллонного катетера кровотечение остановилось. Объем кровопотери составил 1550 мл. В данной клинической ситуации объемом кровопотери, при котором следует проводить трансфузию компонентов крови, является объем + \_\_\_\_\_ + мл**

- более 1500
- 800
- 1250
- 1000

**Объем трансфузии свежзамороженной плазмы при массивной кровопотере должен составлять + \_\_\_\_\_ + мл/кг**

- 10-15
- 30-35
- 25-30
- 15-20

**В случае отсутствия врача-трансфузиолога в стационаре доставить запас свежезамороженной плазмы к пациентке должен**

- один из членов бригады
- врач анестезиолог
- врач неонатолог
- дежурная санитарка

**В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей после физиологических родов в родильном блоке осуществляется в течение + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- один из членов бригады
- врач анестезиолог
- врач неонатолог
- дежурная санитарка

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение обратилась первородящая 25 лет, при сроке беременности 38 недель.

### **Жалобы**

Жалоб на момент осмотра: схваткообразные боли внизу живота регулярного характера по 35-40 секунд, через 2-3 минуты умеренной силы и болезненности. И излитие околоплодных вод.

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – 2017г, замершая беременность. Выскабливание полости матки, без особенностей.

\* II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время. Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания – отрицает;
- \* детские инфекции – ветряная оспа;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 73 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Матка увеличена до срока беременности 38 недели.

Окружность живота 100 см, высота дна матки 38 см.

Гинекологический статус: Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые.

Открытие маточного зева 9 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые околоплодные воды.

### **Необходимыми анализами для госпитализации пациентки в стационар являются**

- один из членов бригады
- врач анестезиолог
- врач неонатолог
- дежурная санитарка

### **Результаты обследования**

#### **После госпитализации в стационар необходимым инструментальным методом обследования для уточнения состояния плода является**

- один из членов бригады
- врач анестезиолог
- врач неонатолог
- дежурная санитарка

### **Результаты обследования**

#### **Для уточнения акушерской ситуации и правильного формирования диагноза необходимым является проведение**

- измерение размеров таза

- влагалищного исследования
- ультразвуковое исследование плода
- проведение пробы поколачивания

**В 10:05 на высоте одной из потуг в переднем виде затылочного предлежания родился живой доношенный мальчик, закричал сразу. После рождения ребенка, одновременно из половых путей выделилось 550 мл жидкой, алой крови. В данной клинической ситуации диагноз будет звучать следующим образом**

- измерение размеров таза
- влагалищного исследования
- ультразвуковое исследование плода
- проведение пробы поколачивания

### **Диагноз**

**В данной клинической ситуации наиболее простым и объективным методом оценки объёма кровопотери является**

- визуальное определение
- гравиметрический метод
- оценка симптомов гиповолемии
- оценка шокового индекса

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений в третьем периоде родов следует использовать**

- окситоцин
- мизопростол
- карбетоцин
- метилэргометрин

**Для установления причины раннего послеродового кровотечения следует**

- уточнить данные анамнеза
- использовать акушерский анамнез
- использовать соматический анамнез
- использовать правило «4Т»

**При возникновении послеродового кровотечения в экстренном порядке следует выполнить следующий анализ**

- общий анализ мочи

- общий анализ крови
- маркеры преэклампсии
- биохимический анализ крови

**При послеродовом кровотечении, обусловленным дефектом плаценты, манипуляцией 1-го этапа по остановке кровотечения является**

- ультразвуковое исследование матки
- бимануальная компрессия матки
- ручное исследование послеродовой матки
- компрессия брюшной аорты

**В данной клинической ситуации основным показанием для трансфузии компонентов крови является объём кровопотери + \_\_\_\_\_ + мл**

- 1250
- более 1500
- 1000
- 800

**При послеродовом кровотечении пациентку следует незамедлительно доставлять в операционную при достижении объема кровопотери + \_\_\_\_\_ + мл**

- 600
- 1000
- 700
- 800

**В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей после неосложненных родов в родильном блоке осуществляется в течение + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- 600
- 1000
- 700
- 800

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение обратилась первородящая женщина при сроке

беременности 39 недель с жалобами на излитие околоплодных вод около 3 часов назад.

### **Жалобы**

Жалоб на момент осмотра нет

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания – хронический ларингит;

\* детские инфекции – ветряная оспа;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 73 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Матка увеличена до срока беременности 39 недель. Окружность живота 100 см, высота дна матки 41 см. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная. Цервикальный канал проходим для 1-го пальцев. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые околоплодные воды.

**Необходимыми анализами для госпитализации пациентки в стационар являются**

- 600

- 1000
- 700
- 800

#### **Результаты обследования**

**Для уточнения состояния плода необходимым инструментальным методом обследования в стационаре является**

- 600
- 1000
- 700
- 800

#### **Результаты обследования**

**На момент госпитализации диагноз будет звучать следующим образом**

- 600
- 1000
- 700
- 800

#### **Диагноз**

**Принимая во внимание преждевременное излитие околоплодных вод и зрелость шейки матки (по шкале Бишоп 3 балла), тактика ведения данной пациентки заключается в**

- ожидании родовой деятельности
- преиндукции мифепристоном
- родовозбуждении окситоцином
- преиндукции простагландином

**Спустя 6 часов пациентке произведено влагалищное исследование, зрелость шейки матки по шкале Бишоп составила 6 баллов. Дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в**

- преиндукции мифепристоном
- преиндукции простагландином
- ожидании родовой деятельности
- родовозбуждении окситоцином

**Спустя 6 часов после приема второй таблетки препарата мифепристон пациентке произведено влагалищное исследование, зрелость шейки матки по шкале Бишоп составила 8 баллов. Родовой деятельности нет. Дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в**

- ожидании родовой деятельности
- преиндукции простагландином
- родовозбуждении окситоцином
- преиндукции мифепристоном

**При преждевременном излитии околоплодных вод временным интервалом, по прошествии которого следует проводить антибактериальную профилактику, является + \_\_\_\_\_ + часов/часа**

- 12
- 6
- 24
- 18

**На фоне родовозбуждения окситоцином у пациентки отмечается появление маточных сокращений в количестве 4 в течение 10 мин. Дальнейшая тактика ведения заключается в**

- продолжении проводимой терапии
- увеличении скорости введения окситоцина
- прекращении введения окситоцина
- уменьшении скорости введения окситоцина

**На фоне проводимого родовозбуждения окситоцином отмечается незначительное окрашивание околоплодных вод меконием. Данные кардиотокограммы без особенностей. Дальнейшая тактика ведения заключается в**

- экстренном кесаревом сечении
- дальнейшем ведение родов
- прекращении введения окситоцина
- увеличении скорости введения окситоцина

**На фоне проводимого родовозбуждения окситоцином и окрашивании околоплодных вод меконием, по данным кардиотокограммы отмечаются поздние децелерации. Дальнейшая тактика ведения заключается в**

- прекращении введения окситоцина
- дальнейшем ведение родов

- увеличении скорости введения окситоцина
- экстренном родоразрешении

**В данной клинической ситуации показанием к кесаревому сечению послужило**

- родовозбуждение окситоцином
- излитие околоплодных вод
- наличие мекониальных вод
- острая гипоксия плода

**При проведении операции кесарева сечения, предпочтительной техникой восстановления матки, при использовании которой наблюдается снижение риска разрыва матки при последующей беременности является**

- родовозбуждение окситоцином
- излитие околоплодных вод
- наличие мекониальных вод
- острая гипоксия плода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение 02.09.2019г. обратилась беременная женщина 25 лет при сроке беременности 41 неделя по направлению врача женской консультации.

### **Жалобы**

Жалоб на момент осмотра нет.

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 37 недель ОРВИ, без повышения температуры. Общая прибавка массы тела – 13 кг.

Данные последней менструации, ультразвукового исследования, расчет срока беременности и предполагаемая дата родов:

- \* по последней менструации (03.12.2018) 40 недель - 09.09.2019
- \* по УЗИ 1 триместра: 18.02.2019 (12,0 нед.) 41 неделя - 02.09.2019
- \* по УЗИ 2 триместра: 19.04.2019 (20,4 нед.) 41 неделя - 02.09.2019
- \* по УЗИ 3 триместра: 11.08.2019 (36,6 нед.) 41 неделя - 08.09.2019

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* детские инфекции отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Матка увеличена до срока беременности 40 недель. Окружность живота 100 см, высота дна матки 40 см. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки по проводной оси таза, длиной 2,5 см, неравномерной плотности. Цервикальный канал проходим для 1-го пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

### **Необходимыми анализами для госпитализации пациентки в стационар являются**

- родовозбуждение окситоцином
- излитие околоплодных вод
- наличие мекониальных вод
- острая гипоксия плода

### **Результаты обследования**

### **Необходимым инструментальным методом обследования в стационаре является**

- родовозбуждение окситоцином
- излитие околоплодных вод
- наличие мекониальных вод

- острая гипоксия плода

## **Результаты обследования**

**Сроком беременности у пациентки на момент госпитализации является**

- беременность 42 недели
- беременность 40 недель
- беременность 40 недель 4 дня
- беременность 41 неделя

**Для определения наиболее подходящего метода преиндукции родов при переносной беременности необходимо проведение**

- консультации терапевта
- консультации эндокринолога
- влагалищного исследования
- оценки размеров и тонуса матки

**Преиндукцию родов у данной пациентки с учетом степени зрелости шейки матки по шкале Bishop 4 балла (незрелая шейка матки) следует начать с**

- родовозбуждения окситоцином
- мифепристона
- простагландина E2
- проведения амниотомии

**Необходимым условием перед проведением подготовки шейки матки к родам и родовозбуждению является**

- расчет срока беременности
- консультация невролога
- консультация терапевта
- информированное согласие пациентки

**Противопоказанием к использованию протокола преиндукции родов при переносной беременности является**

- три и более родов в анамнезе
- гипоксия плода по данным КТГ
- маловесный плод к сроку гестации
- тенденция к рождению крупного плода

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений в третьем периоде родов используют**

- мизопростол
- карбетоцин
- окситоцин
- метилэргометрин

**Профилактика переношенной беременности включает в себя госпитализацию беременной в + \_\_\_\_ + беременности**

- 40 недель 6 дней
- 41 неделю
- 40 недель 4 дня
- 42 недели

**К факторам риска, влияющим на перенашивание беременности, относятся**

- перенашивание в предыдущих родах
- возраст роженицы менее 18 лет
- интергравидарный интервал менее 2-х лет
- дефицит массы тела беременной

**При достижении недостаточно зрелой шейки матки по шкале Bishop 7 баллов для следующего этапа преиндукции методом выбора является**

- проведение амниотомии
- использование мифепристона
- гель с простагландином
- родовозбуждение окситоцином

**Тактика ведения данной пациентки заключается в**

- проведение амниотомии
- использование мифепристона
- гель с простагландином
- родовозбуждение окситоцином

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение обратилась повторнородящая женщина при сроке беременности 39 недель с жалобами на излитие околоплодных вод около 30 минут назад.

### **Жалобы**

Жалоб на излитие околоплодных вод около 30 минут назад

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – 2017г. Роды через естественные родовые пути в сроке 38 недель. Мальчик 3253/50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

\* II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время. Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания – хронический ларингит;

\* детские инфекции – ветряная оспа;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 73 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Матка увеличена до срока беременности 41 недели. Окружность живота 100 см, высота дна матки 41 см. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах: Шейка матки по проводной оси таза, длиной 1,5 см. Наружный зев приоткрыт, чистый, не эрозирован. Выделения светлые, скудные.

PV: Шейка матки по проводной оси таза, длиной 1,5 см, мягкая. Цервикальный канал проходим для 2-х пальцев свободно. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, скудные.

**Необходимыми анализами для госпитализации пациентки в стационар являются**

- проведение амниотомии

- использование мифепристона
- гель с простагландином
- родовозбуждение окситоцином

### **Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования в стационаре является**

- проведение амниотомии
- использование мифепристона
- гель с простагландином
- родовозбуждение окситоцином

### **Результаты обследования**

**При осмотре в зеркалах у врача возникли сомнения в подтекании околоплодных вод. Для более быстрой верификации диагноза в данной клинической ситуации является проведение следующего исследования**

- нитразиновый тест
- определение плацентарного  $\alpha$ -1-микроглобулина
- определение индекса амниотической жидкости
- тест на «арборизацию»

**Диагноз на момент госпитализации будет звучать следующим образом**

- нитразиновый тест
- определение плацентарного  $\alpha$ -1-микроглобулина
- определение индекса амниотической жидкости
- тест на «арборизацию»

### **Диагноз**

**Исходя из данных паритета родов и зрелости шейки матки (по шкале Бишоп 8 баллов), тактика ведения данной пациентки заключается в**

- преиндукции мифепристоном
- наблюдении за развитием родов
- преиндукции гелем с простагландином
- родовозбуждении окситоцином

**Временным интервалом, необходимым для выбора дальнейшей тактики ведения пациентки, является + \_\_\_\_\_ + часов**

- 8
- 12
- 6
- 10

**По прошествии 6 часов у пациентки отсутствует спонтанное развитие родовой деятельности. Дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в**

- преиндукции геля с простагландином
- преиндукции мифепристоном
- преиндукции мизопростолом
- родовозбуждении окситоцином

**Временным интервалом, по прошествии которого следует думать об отсутствии эффекта от введения окситоцина, является + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- 4
- 2
- 8
- 6

**В случае появления признаков гипоксии плода на фоне родовозбуждения окситоцином следует**

- приостановить родовозбуждение окситоцином
- произвести оперативное родоразрешение
- использовать выжидательную тактику
- остановить родовозбуждение окситоцином

**Антибактериальную профилактику следует проводить при достижении безводного промежутка + \_\_\_\_\_ + часов/часа**

- 18
- 24
- 12
- 6

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений в третьем периоде родов следует использовать**

- карбетоцин
- окситоцин
- метилэргометрин
- мизопростол

**В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей в родильном блоке осуществляется в течение + \_\_\_\_\_ + часов/часа**

- карбетоцин
- окситоцин
- метилэргометрин
- мизопростол

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение обратилась пациентка 25 лет с жалобами на жидкие выделения из половых путей. Срок беременности на момент обращения 36 недель 5 дней. Со слов, подтекание околоплодных вод отмечает в течение 5 часов.

### **Жалобы**

Жидкие выделения из половых путей в течение 5 часов

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – без особенностей.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания отрицает;

\* детские инфекции – ветряная оспа;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий,

безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Матка увеличена до срока беременности 41 недели. Окружность живота 100 см, высота дна матки 41 см. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, умеренно размягчена. Цервикальный канал проходим для 1-го пальца свободно. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые околоплодные воды в скудном количестве.

**Необходимым мероприятием для уточнения диагноза является**

- карбетоцин
- окситоцин
- метилэргометрин
- мизопростол

**Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования в стационаре является**

- карбетоцин
- окситоцин
- метилэргометрин
- мизопростол

**Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации верной формулировкой диагноза является**

- карбетоцин
- окситоцин
- метилэргометрин
- мизопростол

**Диагноз**

**Тактика ведения данной пациентки заключается в**

- госпитализации в стационар
- домашнем наблюдении
- амбулаторном наблюдении
- плановом родоразрешении

**После госпитализации в стационар тактика ведения данной пациентки заключается в**

- родовозбуждении окситоцином
- наблюдении за развитием родовой деятельности
- подготовке шейки матки к родам
- оперативном родоразрешении

**Исходя из данных зрелости шейки матки (по шкале Bishop 4 балла), подготовку шейки матки к родам следует начинать с**

- мизопростола
- окситоцина
- простагландина
- мифепристона

**В данной клинической ситуации антибиотикопрофилактику следует назначать**

- при 6-ти часом безводном промежутке
- сразу после излития околоплодных вод
- при 12-ти часом безводном промежутке
- при 18-ти часом безводном промежутке

**Через 6 часов после принятия первой таблетки произведено влагалищное исследование - зрелость шейки матки по шкале Bishop 8 баллов. Родовой деятельности у пациентки нет. Дальнейшая тактика ведения будет заключаться в**

- родовозбуждении окситоцином
- приеме мифепристона
- использовании мизопростола
- использовании простагландинов

**При родовозбуждении окситоцином, целесообразным является достижение частоты маточных сокращений**

- 7-8 в течение 10 мин
- 1-2 в течение 10 мин
- 2-3 в течение 10 мин
- 4-5 в течение 10 мин

**Временным интервалом, по прошествии которого следует увеличить скорость введения окситоцина при родовозбуждении окситоцином, является + \_\_\_\_\_ + минут**

- 15
- 30
- 60
- 45

**В данной клинической ситуации предпочтительно следует использовать следующий препарат**

- эритромицин
- амоксициллин/сульбактам
- амоксициллин /клавуланат
- цефтриаксон

**В данной клинической ситуации интервалом времени, через который следует повторять антибиотикопрофилактику, является + \_\_\_\_\_ + часов/часа**

- эритромицин
- амоксициллин/сульбактам
- амоксициллин /клавуланат
- цефтриаксон

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение обратилась пациентка 23 лет с жалобами на жидкие выделения из половых путей. Срок беременности на момент обращения 39 недель.

### **Жалобы**

Жидкие выделения из половых путей в течение 2 часов.

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – без особенностей.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* детские инфекции – ветряная оспа;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 73 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Матка увеличена до срока беременности 41 недели. Окружность живота 100 см, высота дна матки 41 см. \*Гинекологический статус\*: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, умеренно размягчена. Цервикальный канал проходим для 1-го пальца свободно. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые околоплодные воды в скудном количестве.

### **Необходимым мероприятием для уточнения диагноза является**

- эритромицин
- амоксициллин/сульбактам
- амоксициллин /клавуланат
- цефтриаксон

### **Результаты обследования**

#### **Необходимым инструментальным методом обследования в стационаре является**

- эритромицин
- амоксициллин/сульбактам
- амоксициллин /клавуланат
- цефтриаксон

### **Результаты обследования**

#### **В данной клинической ситуации верной формулировкой диагноза является**

- эритромицин

- амоксициллин/сульбактам
- амоксициллин /клавуланат
- цефтриаксон

## **Диагноз**

**Тактика ведения данной пациентки заключается в**

- плановом оперативном родоразрешении
- динамическом наблюдении в амбулаторных условиях
- госпитализации в стационар для выбора тактики ведения
- динамическом наблюдении в домашних условиях

**Исходя из данных зрелости шейки матки (по шкале Bishop 4 балла), дальнейшая тактика ведения данной пациентки заключается в**

- подготовке шейки матки к родам
- наблюдении за развитием родов
- родовозбуждении окситоцином
- плановом оперативном родоразрешении

**Исходя из данных зрелости шейки матки (по шкале Bishop 4 балла), подготовку шейки матки к родам следует начинать с**

- мифепристона
- простагландина
- мизопростола
- окситоцина

**Временным интервалом, который необходимо выждать перед последующим влагалищным исследованием с целью оценки эффективности применяемого метода подготовки, является + \_\_\_\_\_ + часов/часа**

- мифепристона
- простагландина
- мизопростола
- окситоцина

**Исходя из данных зрелости шейки матки (по шкале Bishop 5 балла), подготовку шейки матки к родам следует продолжить с**

- окситоцина
- простагландина
- мифепристона

- мизопростол

**Перед повторным назначением мифепристона необходимым условием является**

- взятие мазка на стрептококк
- доплерометрическое исследование
- ультразвуковое исследование
- кардиотокографическое исследование

**В данной клинической ситуации назначение антибактериальной профилактики следует назначать при достижении безводного промежутка + \_\_\_\_\_ + часов/часа**

- 24
- 12
- 18
- 36

**При достижении биологической готовности к родам и отсутствии самостоятельного развития регулярной родовой деятельности тактика ведения будет заключаться в**

- повторении приема мифепристона
- родовозбуждении окситоцином
- динамическом наблюдении
- оперативном родоразрешении

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений в третьем периоде родов следует использовать**

- повторении приема мифепристона
- родовозбуждении окситоцином
- динамическом наблюдении
- оперативном родоразрешении

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

По направлению врача женской консультации 02.09.2019 года в приемное отделение обратилась беременная женщина 20 лет при сроке беременности 40-41 неделя.

## **Жалобы**

Жалоб на момент осмотра нет.

## **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

\* 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.

\* 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.

\* 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

Данные последней менструации, ультразвукового исследования, расчет срока беременности и предполагаемая дата родов:

\* по последней менструации (03.12.2018) 40 недель - 09.09.2019;

\* по УЗИ 1 триместра: 18.02.2019 (12,0 нед.) 41 неделя - 02.09.2019;

\* по УЗИ 2 триместра: 19.04.2019 (20,4 нед.) 41 неделя - 02.09.2019;

\* по УЗИ 3 триместра: 11.08.2019 (36,6 нед.) 41 неделя - 08.09.2019.

## **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания отрицает;

\* детские инфекции – ветряная оспа;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* отец и мать здоровы.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 73 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Матка увеличена до срока беременности 41 недели. Окружность живота 100 см, высота дна матки 41 см.

\*Гинекологический статус\*: Наружные половые органы развиты правильно.

Оволосение по женскому типу. Шейка матки отклонена кзади, длиной 3,0 см, плотная. Цервикальный канал проходим для 1-го пальца с трудом. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Необходимыми анализами для госпитализации пациентки в стационар являются**

- повторении приема мифепристона
- родовозбуждении окситоцином
- динамическом наблюдении
- оперативном родоразрешении

**Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования в стационаре является**

- повторении приема мифепристона
- родовозбуждении окситоцином
- динамическом наблюдении
- оперативном родоразрешении

**Результаты обследования**

**Исходя из данных последней менструации и данных УЗИ, сроком беременности у пациентки на момент госпитализации является**

- повторении приема мифепристона
- родовозбуждении окситоцином
- динамическом наблюдении
- оперативном родоразрешении

**Срок беременности**

**Тактика ведения данной пациентки заключается в**

- плановом родоразрешении
- госпитализации для индукции родов
- динамическом наблюдении в амбулаторных условиях
- динамическом наблюдении в стационарных условиях

**Основным показанием к преиндукции родов у данной пациентки является**

- первые предстоящие роды в анамнезе
- срок беременности 41 неделя
- направление врача женской консультации
- неготовность родовых путей в сроке беременности 41 неделя

**Исходя из данных паритета родов и с учетом зрелости шейки матки (по шкале Bishop 2 балла), преиндукцию родов у данной пациентки следует начать с**

- введения геля с простагландином
- назначения препарата мифепристон
- проведения амниотомии
- родовозбуждения окситоцином

**Временным интервалом, который необходимо выждать перед последующим влагалищным исследованием с целью оценки эффективности применяемого метода подготовки, является + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- 48
- 24
- 12
- 36

**Через 24 часа от первого осмотра, пациентке было проведено влагалищное исследование. Зрелость шейки матки по шкале Bishop составила 6 баллов. Исходя из полученных данных, преиндукцию родов у данной пациентки следует продолжить с применением**

- препарата мифепристон
- геля с простагландином
- амниотомии
- родовозбуждения окситоцином

**Через 24 часа от второго осмотра, пациентке было проведено влагалищное исследование. Зрелость шейки матки по шкале Bishop составила 7 баллов. Исходя из полученных данных, преиндукцию родов у данной пациентки следует продолжить с применением**

- окситоцина
- простагландинов
- бускопана
- мифепристона

**Через 6 часов от третьего осмотра, пациентке было проведено влагалищное исследование. Зрелость шейки матки по шкале Bishop составила 8 баллов. Исходя из полученных данных, предпочтительным методом родовозбуждения, который сочетается с наименьшей стоимостью, является использование**

- амниотомии

- мифепристона
- простагландинов
- окситоцина

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений в третьем периоде родов следует использовать**

- карбетоцин 100 мкг в/в
- мизопростол 600 мкг per rectum
- метилэргометрин 200 мкг в/в
- окситоцин 5 ЕД на физ. растворе в/в со скоростью 15,2 мл/ч

**В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей после физиологических родов в родильном блоке осуществляется в течение + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- карбетоцин 100 мкг в/в
- мизопростол 600 мкг per rectum
- метилэргометрин 200 мкг в/в
- окситоцин 5 ЕД на физ. растворе в/в со скоростью 15,2 мл/ч

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 26 лет, срок беременности 35 недель, доставлена машиной СМП в роддом после судорожного припадка, который произошел дома полчаса назад.

### **Жалобы**

На головную боль.

### **Анамнез заболевания**

В течение 2 дней пациентку беспокоило повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст., появление отеков нижних конечностей, за медицинской помощью не обращалась.

Накануне вечером беспокоила головная боль, ухудшение зрения. Лекарств не принимала.

Утром текущего дня дома была рвота, после чего появились судороги с потерей сознания.

### **Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает.

Аллергических реакций не отмечает.

Травм, операций не было.

Настоящая беременность первая, вне беременности артериальное давление не повышалось.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Пациентка заторможена, контактна. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,7 градусов. Пульс 102 уд в 1 минуту. АД 180/115 мм рт.ст. Частота дыхания 32 в 1 минуту. Сатурация кислорода 95%. Отеки лица, голеней, передней брюшной стенки. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Дефицита пульса нет. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тоне, безболезненная при пальпации во всех отделах. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 180 в 1 минуту. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании – оценка зрелости шейки матки по шкале Бишопа – 5 баллов. На фоне проводимой терапии отмечается снижение АД до 150/100 мм рт. ст.

**Основной диагноз у данной пациентки можно поставить на основании следующих клинических признаков**

- тяжелой АГ
- отеков
- тахипное
- приступа судорог
- тахикардии

**Для оценки состояния плода необходимо проведение**

- тяжелой АГ
- отеков
- тахипное
- приступа судорог
- тахикардии

**Результаты обследования**

**Ваш предполагаемый основной диагноз**

- тяжелой АГ
- отеков
- тахипное
- приступа судорог
- тахикардии

## **Диагноз**

**Симптомом - предвестником эклампсии у данной пациентки является**

- нарушение зрения
- тахикардия
- отеки нижних конечностей
- повышенное АД в течение двух дней

**Вы диагностировали у беременной 35 недель состояние после приступа эклампсии и согласовали с пациенткой провести лечение и наблюдение в**

- палате интенсивной терапии родильного дома
- родовом блоке стационара
- терапевтическом отделении стационара
- неврологическом отделении стационара

**При сохраненном спонтанном дыхании у данной пациентки рекомендовано**

- проводить искусственную вентиляцию легких через эндотрахеальную трубку
- проводить ингаляцию кислорода через систему увлажненной кислородной смеси
- проводить искусственную вентиляцию легких через ларингиальную маску
- проводить принудительную вентиляцию носо-лицевой маской с подачей 100% кислородом

**После наступления стабилизации у данной пациентки рекомендуется провести**

- дезагрегантную терапию
- профилактику РДС плода
- терапию, улучшающую маточно-плацентарный кровоток
- родоразрешение

**Базовой противосудорожной терапией у данной пациентки является**

- диазепам
- кетамин
- магния сульфат
- лоразепам

**Нагрузочная доза 25% раствора сульфата магния у данной пациентки составляет + \_\_\_ + г**

- 4
- 6
- 16
- 25

**Дифференциальную диагностику у данной пациентки в первую очередь Вы должны проводить с**

- эпилепсией
- геморрагическим инсультом
- опухолью головного мозга
- менингитом

**Оптимальным способом родоразрешения у данной пациентки является**

- родоразрешение через естественные родовые пути после стабилизации состояния
- кесарево сечение в экстренном порядке, не дожидаясь стабилизации состояния
- кесарево сечение в срочном порядке после стабилизации состояния
- родоразрешение через естественные родовые пути после подготовки организма к родам

**Профилактику кровотечения после родоразрешения у данной пациентки рекомендовано проводить**

- родоразрешение через естественные родовые пути после стабилизации состояния
- кесарево сечение в экстренном порядке, не дожидаясь стабилизации состояния
- кесарево сечение в срочном порядке после стабилизации состояния
- родоразрешение через естественные родовые пути после подготовки организма к родам

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 28 лет поступила в роддом при сроке беременности 32 недель по направлению врача женской консультации.

### **Жалобы**

При поступлении жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Повышение артериального давления в течение недели до 150/100 мм рт.ст., за медицинской помощью не обращалась. Антигипертензивные препараты не принимала.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Аллергических реакций не отмечает.
- \* Аппендэктомия в 16 лет.
- \* Данная беременность первая, незапланированная.
- \* АД до беременности в пределах 100/60 – 120/70 мм рт. ст.

### **Объективный статус**

При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Пульс 78 в 1 минуту. АД 150/100 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, диурез достаточный, дизурических расстройств нет. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тонусе, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 148 в 1 минуту. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании – оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа – 2 балла.

### **К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение**

- родоразрешение через естественные родовые пути после стабилизации состояния
- кесарево сечение в экстренном порядке, не дожидаясь стабилизации состояния
- кесарево сечение в срочном порядке после стабилизации состояния
- родоразрешение через естественные родовые пути после подготовки организма к родам

### **Результаты исследования**

#### **Для оценки состояния плода необходимо проведение**

- родоразрешение через естественные родовые пути после стабилизации состояния
- кесарево сечение в экстренном порядке, не дожидаясь стабилизации состояния
- кесарево сечение в срочном порядке после стабилизации состояния

- родоразрешение через естественные родовые пути после подготовки организма к родам

## **Результаты обследования**

### **Ваш предполагаемый основной диагноз**

- родоразрешение через естественные родовые пути после стабилизации состояния
- кесарево сечение в экстренном порядке, не дожидаясь стабилизации состояния
- кесарево сечение в срочном порядке после стабилизации состояния
- родоразрешение через естественные родовые пути после подготовки организма к родам

## **Диагноз**

**К признаку, указывающему, что у Вашей пациентки имеется умеренная преэклампсия, относится**

- уровень креатинина крови 65 мкмоль / л
- уровень лейкоцитов в периферической крови  $6,7 \times 10^9$ /л
- артериальное давление 150/100 мм рт. ст.
- повышенное артериальное давление в течение недели

**Вы диагностировали у беременной 32 недель умеренную преэклампсию и согласовали с пациенткой провести лечение и наблюдение в**

- дневном стационаре районной женской консультации
- отделении реанимации и интенсивной терапии учреждения 1 уровня
- отделении патологии беременности учреждения 1 уровня
- отделении патологии беременности учреждения 2-3 уровня

**Антигипертензивная терапия у данной пациентки должна включать**

- два антигипертензивных препарата
- четыре антигипертензивных препарата
- один антигипертензивный препарат
- три антигипертензивных препарата

**Антигипертензивным препаратом первой линии у данной пациентки является**

- метилдопа
- нифедипин
- метопролол

- верапамил

**По механизму действия препарат первой линии метилдопа, который Вы назначили данной пациентке для лечения АГ, относится к**

- блокаторам медленных кальциевых каналов
- бета-адреноблокаторам
- альфа 2-адреномиметикам
- бета-адреномиметикам

**Критерием начала антигипертензивной терапии является**

- уровень АД выше 140/90 мм рт. ст.
- уровень АД выше 160/110 мм рт. ст.
- головная боль в течение 24-х часов и более
- снижение диуреза в сочетании с отеками

**При угрозе преждевременных родов или если не исключена необходимость родоразрешения в ближайшие 7 дней, обязательно проведение профилактики респираторного дистресс синдрома в сроки беременности от + \_\_\_\_\_ + недель**

- 24 до 34
- 20 до 30
- 25 до 35
- 22 до 32

**Целевой уровень АД при проведении антигипертензивной терапии у данной пациентки составляет:**

**систолическое + \_\_\_\_\_ + мм рт. ст. и диастолическое + \_\_\_\_\_ + мм.рт.ст.**

- 100-110; 50-60
- 130-150; 80-95
- 110-120; 60-70
- 120-129; 70-79

**Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендован прием + \_\_\_\_\_ +, начиная с 12 недель до родов**

- 100-110; 50-60
- 130-150; 80-95
- 110-120; 60-70
- 120-129; 70-79

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 40 лет при сроке беременности 30 недель доставлена машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение акушерского стационара.

### Жалобы

На головную боль в течение 2-х часов, затрудненное носовое дыхание, снижение диуреза за последние сутки.

### Анамнез заболевания

Повышение артериального давления в течение 3 недель до 140/90 мм рт. ст., за медицинской помощью не обращалась. Головная боль в течение 2 часов, затрудненное носовое дыхание, снижение диуреза за последние сутки. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

### Анамнез жизни

Хронические заболевания – варикозная болезнь нижних конечностей, хронический пиелонефрит, ремиссия.

Аллергическая реакция на препараты цефалоспоринового ряда.

Травм, операций не было.

Беременность первая, желанная, наступила в результате ЭКО.

В анамнезе бесплодие неясного генеза в течение 3 лет.

### Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. В сознании. Контактна. Пульс 84 в 1 минуту. АД 170/100 мм рт.ст. Сатурация кислорода 98%. Отеки голеней, передней брюшной стенки. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Дефицита пульса нет. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тоне, безболезненная при пальпации во всех отделах. Положение плода продольное, плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 в 1 минуту. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании – оценка зрелости шейки матки по шкале Бишопа – 8 баллов. На фоне проводимой терапии отмечается снижение АД до 150/85 мм рт. ст., головная боль купировалась.

**К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение**

- 100-110; 50-60
- 130-150; 80-95

- 110-120; 60-70
- 120-129; 70-79

### **Результаты обследования**

**Для оценки состояния плода данной пациентке необходимо проведение**

- 100-110; 50-60
- 130-150; 80-95
- 110-120; 60-70
- 120-129; 70-79

### **Результаты обследования**

**Ваш предполагаемый основной диагноз**

- 100-110; 50-60
- 130-150; 80-95
- 110-120; 60-70
- 120-129; 70-79

### **Диагноз**

**Вы диагностировали у беременной 30 недель тяжелую преэклампсию и согласовали с пациенткой провести лечение и наблюдение в**

- отделении патологии беременности родильного дома
- палате интенсивной терапии родильного дома
- дневном стационаре женской консультации
- районной женской консультации по месту жительства

**Профилактика респираторного дистресс синдрома плода у данной пациентки должна быть проведена сразу после**

- проведения противосудорожной терапии
- стабилизации артериального давления
- достижения срока беременности 32 недели
- диагностики тяжелой преэклампсии

**Оптимальным способом родоразрешения у данной пациентки с тяжелой преэклампсией в 30 недель беременности является**

- кесарево сечение без проведения профилактики респираторного дистресс синдрома плода

- кесарево сечение после профилактики респираторного дистресс синдрома плода
- роды через естественные родовые пути без проведения профилактики респираторного дистресс синдрома плода
- роды через естественные родовые пути после профилактики респираторного дистресс синдрома плода

**Антигипертензивным препаратом выбора для быстрого снижения уровня артериального давления у данной пациентки с тяжелой преэклампсией является**

- метопролол
- метилдопа
- нифедипин
- верапамил

**С целью профилактики приступа эклампсии данной пациентке следует назначить**

- производное бензодиазепаина в/мышечно
- альфа-2-адреномиметик внутрь
- сульфат магния 25% в/венно
- блокатор кальциевых каналов внутрь

**Стартовая (нагрузочная) доза 25% раствора сульфата магния у данной пациентки составляет**

- 5 г (20 мл)
- 4 г (16 мл)
- 3 г (12 мл)
- 6 г (24 мл)

**Поддерживающая доза 25% раствора сульфата магния составляет + \_\_\_\_ + г/час**

- 3
- 1
- 2
- 4

**Целевой темп почасового диуреза на фоне проведения магниальной терапии у данной пациентки должен составлять не менее + \_\_\_\_ + мл/ч**

- 15
- 30

- 10
- 20

**Факторами риска развития преэклампсии у данной пациентки явились: возраст 40 лет, беременность наступившая в результате ВРТ и**

- 15
- 30
- 10
- 20

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 35 лет поступила в роддом при сроке беременности 38 недель.

### **Жалобы**

На постоянную головную боль и повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст. в течение двух дней, плохой сон.

### **Анамнез заболевания**

Повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., головная боль в течение 2 дней, за медицинской помощью не обращалась.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронические заболевания отрицает.
- \* Аллергических реакций не отмечает.
- \* Травм, операций не было.
- \* При предыдущей беременности повышение АД, беременность закончилась самопроизвольными родами в 40 недель, родился мальчик 3800г, здоров, вне беременности артериальное давление не повышалось.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. В сознании. Контактна. Пульс 92 в 1 минуту. АД 160/100 мм рт.ст. Сатурация кислорода 98%. Отеки голеней и стоп. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Дефицита пульса нет. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тонусе, безболезненная при пальпации во всех отделах. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 в 1 минуту. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании – оценка зрелости шейки матки по

шкале Бишопа – 5 баллов. На фоне проводимой терапии отмечается снижение АД до 150/85 мм рт. ст., головная боль сохраняется.

**К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение**

- 15
- 30
- 10
- 20

**Результаты обследования**

**Для оценки состояния плода данной пациентке проведено ультразвуковое исследование фето-плацентарного комплекса и**

- 15
- 30
- 10
- 20

**Результаты обследования**

**Ваш предполагаемый основной диагноз**

- 15
- 30
- 10
- 20

**Диагноз**

**К признакам, указывающим, что у Вашей пациентки имеется тяжелая преэклампсия, относятся**

- устойчивая головная боль и увеличение частоты сердечных сокращений до 92 уд. в минуту
- артериальная гипертензия  $\geq 160/100$  мм рт. ст. и жалобы на плохой сон в течение двух последних суток
- протеинурия  $\geq 3$ г/л в 2-х порциях мочи, с интервалом в 6 ч. и локализация отеков в области голеней и стоп
- устойчивая головная боль, артериальная гипертензия  $\geq 160/100$  мм рт. ст.

**Вы диагностировали у беременной 38 недель тяжелую преэклампсию и согласовали с пациенткой провести лечение и наблюдение в**

- дневном стационаре женской консультации
- районной женской консультации по месту жительства
- палате интенсивной терапии родильного дома
- отделении патологии беременности родильного дома

**Основной задачей лечения, проводимого пациентке в сроке беременности 38 недель с тяжелой преэклампсией в палате интенсивной терапии, является**

- стабилизация состояния и профилактика эклампсии
- снижение уровня артериального давления до 100/60 мм рт. ст.
- подготовка организма беременной женщины к естественным родам
- улучшение плодово-маточно-плацентарного кровотока

**В качестве базовой терапии тяжелой преэклампсии у данной пациентки следует выбрать**

- антианемическую терапию
- дезинтоксикационную терапию
- срочное родоразрешение
- дезагрегантную терапию

**С целью профилактики приступа эклампсии пациентке назначен**

- сульфат магния 25% в/венно
- производное бензодиазепина в/мышечно
- альфа-2-адреномиметик перорально
- блокатор кальциевых каналов перорально

**Нагрузочная (стартовая) доза 25% раствора сульфата магния у данной пациентки составляет +\_\_\_+ г**

- 4
- 6
- 3
- 2

**Поддерживающая доза (через инфузомат) 25% раствора сульфата магния составляет +\_\_\_+ г/час**

- 3
- 1
- 4
- 2

**Целевой темп почасового диуреза на фоне проведения магниальной терапии у данной пациентки должен составлять не менее +\_\_\_\_\_+ мл/ч**

- 0,5
- 10
- 20
- 30

**В случае передозировки сульфата магния используют его антидот**

- 0,5
- 10
- 20
- 30

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 32 лет, 5 часов назад родоразрешена путем операции кесарева сечения при сроке беременности 35 недель по поводу тяжелой преэклампсии.

### **Жалобы**

На боли в правом подреберье, тошноту, слабость, плохое самочувствие.

### **Анамнез заболевания**

Поступила в стационар с жалобами на повышение артериального давления до 180/120 мм рт.ст., головную боль. Протеинурия составила 9,9 г/л. После стабилизации состояния родоразрешена путем операции кесарева сечения по поводу тяжелой преэклампсии.

### **Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает.

Отмечает аллергическую реакцию на антибиотики цефалоспоринового ряда.

Травм, операций не было.

Данная беременность первая, вне беременности артериальное давление не повышалось.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. В сознании. Контактна. Пульс 92 в 1 минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Сатурация кислорода 98%. Отеки нижних конечностей. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Дефицита пульса нет. Печень не увеличена. Пальпация в правой подвздошной

области чувствительна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Матка плотная, на 2 см ниже пупка, умеренно болезненная при пальпации. Наклейка умеренно промокла кровью. Выделения из половых путей кровянистые, в умеренном количестве. По постоянному мочевому катетеру выделяется моча бурого цвета, со скоростью 30 мл в час.

**К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию у данной пациентки относится определение уровня**

- 0,5
- 10
- 20
- 30

**Результаты обследования**

**С целью выявления признаков внутрисосудистого гемолиза у данной пациентки следует провести исследование мазка крови на наличие фрагментарных эритроцитов (шизоцитов) и определить в крови уровень**

- 0,5
- 10
- 20
- 30

**Результаты обследования**

**Ваш предполагаемый основной диагноз**

- 0,5
- 10
- 20
- 30

**Диагноз**

**Признаками HELLP-синдрома у данной пациентки являются тромбоцитопения, боли в правом подреберье и**

- артериальное давление 150/90 мм рт.ст.
- бурый цвет мочи
- отеки нижних конечностей
- бледность кожных покровов

**Для определения степени тяжести заболевания у данной пациентки необходимо определить уровень АЛТ, АСТ, ЛДГ и**

- белка в разовой порции мочи
- креатинина в крови
- фибриногена в крови
- тромбоцитов в крови

**Дифференциальную диагностику в данном случае Вы будете проводить с**

- дискинезией желчевыводящих путей
- внутривенным холестазом беременных
- субкомпенсированным острым ДВС-синдромом
- атипичным гемолитико-уремическим синдромом

**Для дифференциальной диагностики с атипичным гемолитико-уремическим синдромом у данной пациентки необходимо определить**

**+ \_\_\_\_\_ + в крови**

- уровень аланинаминотрансферазы
- уровень непрямого билирубина
- активность ADAMTS-13
- уровень лактатдегидрогеназы

**Вы диагностировали у пациентки HELLP-синдром и будете проводить лечение и наблюдение в**

- отделении искусственной почки многопрофильного стационара
- отделении патологии беременности родильного стационара
- отделении реанимации и анестезиологии родильного стационара
- нефрологическом отделении многопрофильного стационара

**При отсутствии возможности проведения немедленного гемодиализа данной пациентки, основная консервативная тактика лечения в ОРИТ заключается в**

- сохранении функции почек
- купировании отеков голеней
- проведении десенсибилизации
- проведении оксигенотерапии

**Лечебные мероприятия с целью предотвращения образования солянокислого гематина в просвете канальцев почек у данной пациентки будут заключаться во внутривенном капельном введении**

- 400 мл 5% раствора глюкозы с инсулином
- 500 мл раствора Гелофузина
- 100 мл 4% гидрокарбоната натрия
- 250 мл свежзамороженной плазмы

**Коррекция тромбоцитопении посредством трансфузии тромбоцитарной массы у данной пациентки должна быть проведена при**

- развитии кровотечения
- острой почечной недостаточности
- отсутствии признаков коагулопатии
- острой печеночной недостаточности

**Показанием для применения криопресипитата является**

- развитии кровотечения
- острой почечной недостаточности
- отсутствии признаков коагулопатии
- острой печеночной недостаточности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 29 лет, поступила в гинекологическое отделение.

### **Жалобы**

На обильные кровянистые выделения из половых путей.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной последние 2-е недели, когда после обильной менструации, кровянистые выделения продолжились. Последние 2 месяца менструации стали обильными, более 150 мл, со сгустками, болезненные.

### **Анамнез жизни**

Детские инфекции: краснуха в 9 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Менструации с 11 лет, установились не сразу, через 3 года, по 5 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей не было. Гинекологические заболевания: в ювенильном периоде маточное кровотечение, купировалось приемом транексамовой кислоты; фолликулярная киста правого яичника 6 мес. назад.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного

питания. Рост 169 см, вес 96 кг. ИМТ 33,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки конической формы. Наружный зев точечный. Выделения кровянистые, умеренные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям в данном случае относятся**

- развитию кровотечения
- острой почечной недостаточности
- отсутствию признаков коагулопатии
- острой печеночной недостаточности

**Результаты обследования**

**К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования, в данном случае, относится**

- развитию кровотечения
- острой почечной недостаточности
- отсутствию признаков коагулопатии
- острой печеночной недостаточности

**Результаты обследования**

**Предполагаемым предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- развитию кровотечения
- острой почечной недостаточности
- отсутствию признаков коагулопатии
- острой печеночной недостаточности

**Диагноз**

### **Патологией матки, в данном случае, может являться**

- внутриматочные синехии и интерстициально-субмукозный миоматозный узел
- полип эндометрия и гиперплазия эндометрия
- атипическая метаплазия эндометрия и полип цервикального канала
- субмукозный миоматозный узел и перегородка полости матки

### **Необходимым дополнительным методом исследования, в данном случае, является**

- внутриматочные синехии и интерстициально-субмукозный миоматозный узел
- полип эндометрия и гиперплазия эндометрия
- атипическая метаплазия эндометрия и полип цервикального канала
- субмукозный миоматозный узел и перегородка полости матки

### **Результаты дополнительного метода обследования**

### **К группе риска по развитию предрака эндометрия относятся пациентки, имеющие**

- диспареунию и дисменорею, дефицит массы тела, аппендэктомию
- нормальный менструальный цикл, активную половую жизнь
- ановуляторные маточные кровотечения, ожирение, ановуляцию
- дисменорею, низкий индекс массы тела, более трех родов в анамнезе

### **Учитывая имеющуюся у пациентки гиперплазию эндометрия и полип, основной хирургической стратегией лечения будет**

- абляция слизистой оболочки матки
- резекция слизистой оболочки матки
- неселективная эмболизация маточных артерий
- РДВМ, полипэктомия

### **Медикаментозная гемостатическая терапия кровотечения при гиперплазии эндометрия включает**

- диклофенак и эноксапарин натрия
- транексамовую кислоту
- диклофенак и окситоцин
- эноксапарин натрия и окситоцин

**Для проведения гормональной терапии гиперплазии эндометрия без атипии после хирургического лечения используют**

- дидрогестерон
- метилпреднизолон
- эстрадиола валерат
- тестостерона пропионат

**В дальнейшем динамическом наблюдении после лечения гиперплазии эндометрия пациентка нуждается в течении**

- 1-3 месяцев стойкой нормализации менструального цикла
- 4-6 месяцев стойкой нормализации менструального цикла
- 1 года стойкой нормализации менструального цикла
- 1 месяца после отмены циклической гормональной терапии

**Тяжелая физическая нагрузка после гистероскопии запрещена в течении**

- 2-3 недель
- 12-24 месяцев
- 1,5-2 месяцев
- 3-5 дней

**Контроль за эффективностью гормонального лечения необходимо осуществлять путем проведения**

- 2-3 недель
- 12-24 месяцев
- 1,5-2 месяцев
- 3-5 дней

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 45 лет, поступила в гинекологическое отделение.

### **Жалобы**

На мажущие кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной последние 10 дней, когда появились мажущие кровянистые выделения вне менструации. Последние 4 мес. беспокоят

периодические тянущие боли внизу живота. Последние 2 года отмечает удлинение менструации до 7-8 дней.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 6 лет. Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции - в 12 лет лапаротомия: аппендэктомия. Аллергоанамнез не отягощен. Менструации с 14 лет по 5 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Была 1 беременность, закончилась нормальными срочными родами без осложнений. Экстрагенитальные заболевания: хронический цистит до 3-х обострений в год.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, правильное. Питание умеренное. Рост 169 см, вес 61 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 74 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрическая, рубцово-деформирована. Выделения кровянистые темно-коричневые, умеренные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям, в данном случае, относятся**

- 2-3 недель
- 12-24 месяцев
- 1,5-2 месяцев
- 3-5 дней

### **Результаты исследования**

**К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования, в данном случае, относится**

- 2-3 недель

- 12-24 месяцев
- 1,5-2 месяцев
- 3-5 дней

### **Результаты обследования**

**Предполагаемым предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- 2-3 недель
- 12-24 месяцев
- 1,5-2 месяцев
- 3-5 дней

### **Диагноз**

**Патологией матки, в данном случае, может являться**

- неполная перегородка матки
- полип эндометрия
- внутриматочные синехии
- субмукозный миоматозный узел

**Необходимым дополнительным методом диагностики, в данном случае, является**

- неполная перегородка матки
- полип эндометрия
- внутриматочные синехии
- субмукозный миоматозный узел

### **Результаты дополнительного метода обследования**

**При проведении дифференциальной диагностики в данной ситуации сходные клинические признаки могут наблюдаться при**

- атрофическом вагините, кондиломатозе вульвы и влагалища, тяжелой дисплазии шейки матки
- наружном генитальном эндометриозе, атрезии цервикального канала, дрожжевом кольпите
- ректо-вагинальном эндометриозе, синдроме Рокитанского-Кюстнера, фиброме влагалища
- внематочной беременности, аденомиозе, раке эндометрия, миоме матки

**Учитывая наличие у пациентки полипа эндометрия, основной хирургической стратегией лечения будет**

- РДВМ, полипэктомия
- влагалищная гистерэктомия без придатков
- лапаротомия; надвлагалищная ампутация матки
- лапаротомия; экстирпация матки с придатками

**Медикаментозная гемостатическая терапия маточного кровотечения при полипе эндометрия включает**

- эноксапарин натрия и дексаметазон
- этинилэстрадиол
- папаверина гидрохлорид и дексаметазон
- транексамовую кислоту

**Основной тактикой ведения после хирургического лечения полипа эндометрия является**

- лучевая терапия
- химиотерапия
- витаминотерапия
- гормонотерапия

**Для проведения гормональной терапии после хирургического лечения полипа эндометрия в данной клинической ситуации может быть использован**

- дидрогестерон
- дексаметазон
- тестостерона пропионат
- этинил-эстрадиол

**На весь период реабилитации, который составляет + \_\_\_\_\_ + после полипэктомии, необходимо рекомендовать пациентке исключить половую жизнь**

- 2-3 недели
- 1-2 года
- 2,5-3 месяца
- 5-7 дней

**УЗИ контроль эффективности гормональной терапии проводят через**

- 2-3 недели

- 1-2 года
- 2,5-3 месяца
- 5-7 дней

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 36 лет, поступила в гинекологическое отделение.

### **Жалобы**

На кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной последние 14 дней, когда после обильной менструации, кровянистые выделения продолжились. Последние 3 мес. менструации стали обильными, более 150 мл, со сгустками, болезненные.

### **Анамнез жизни**

Родилась от вторых срочных родов, весом 3400 г, длиной 52 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 10 лет, краснуха в 13 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Менструации с 12 лет по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Было 3 беременности, 2 из которых закончились нормальными срочными родами, 1 – медикаментозным абортом в сроке 6 недель беременности, без осложнений.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение, правильное. Питание умеренное. Рост 172 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, бледные, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагилице рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный. Выделения кровянистые темно-коричневые, умеренные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагилицные своды свободны.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям, в данном случае, относятся**

- 2-3 недели
- 1-2 года
- 2,5-3 месяца
- 5-7 дней

**Результаты обследования**

**К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования, в данном случае, относится**

- 2-3 недели
- 1-2 года
- 2,5-3 месяца
- 5-7 дней

**Результаты обследования**

**Предполагаемым предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- 2-3 недели
- 1-2 года
- 2,5-3 месяца
- 5-7 дней

**Диагноз**

**Патологией матки, в данном случае, может являться**

- атипическая гиперплазия эндометрия
- внутриматочные синехии
- полип эндометрия
- субмукозный миоматозный узел

**Дополнительным методом диагностики, в данном случае, является**

- атипическая гиперплазия эндометрия
- внутриматочные синехии
- полип эндометрия
- субмукозный миоматозный узел

## **Результаты дополнительного метода обследования**

**На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования сопутствующим заболеванием у данной пациентки с полипом матки является**

- постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести
- постгеморрагическая анемия средней степени тяжести
- постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести
- компенсированная хроническая железодефицитная анемия

**Учитывая наличие у пациентки полипа эндометрия, основной хирургической стратегией лечения будет**

- лапароскопия; надвлагалищная ампутация матки
- неселективная эмболизация маточных артерий
- РДВМ, полипэктомия
- лапаротомия; экстирпация матки без придатков

**Медикаментозная гемостатическая терапия кровотечения при полипе эндометрия включает**

- эноксапарин натрия
- папаверина гидрохлорид
- транексамовую кислоту
- диклофенак

**Для проведения гормональной терапии после хирургического лечения полипа эндометрия используют**

- этинил-эстрадиол
- дидрогестерон
- дексаметазон
- эстрадиола валерат

**В дальнейшем динамическом наблюдении после удаления полипа эндометрия пациентка нуждается**

- в течение 3 лет после выписки из стационара
- в течение 1 года после выписки из стационара
- до наступления беременности
- до наступления перименопаузы

На весь период реабилитации, который составляет + \_\_\_\_\_ + после гистероскопии необходимо рекомендовать пациентке исключить половую жизнь

- 3-5 дней
- 1,5-2 месяца
- 2-3 недели
- 1-2 года

Возможная сопутствующая патология, при которой в данной клинической ситуации противопоказана гормональная терапия

- 3-5 дней
- 1,5-2 месяца
- 2-3 недели
- 1-2 года

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В женскую консультацию обратилась женщина 59 лет.

### Жалобы

На мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение последних двух месяцев.

### Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних двух месяцев. В анамнезе маточное кровотечение 2 года назад, производилось отдельное диагностическое выскабливание, по результатам гистологического исследования – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, гормональное лечение не проводилось.

### Анамнез жизни

Родилась от первых срочных родов, весом 2900 г, длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 10 лет, краснуха в 11 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Менструации с 11 лет по 7 дней, через 28-30 дней, обильные, безболезненные. Было 8 беременностей, 1 из которых закончилась нормальными срочными родами. Семь других – искусственными абортами в сроках 8-11 недель беременности. Менопауза в 55 лет. Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки (диатермокоагуляция в 27 лет), в перименопаузе неоднократно были аномальные маточные кровотечения.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 159 см, вес 74 кг. Телосложение правильное, повышенного питания, ИМТ 29,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 74 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, рубцово деформирована. Наружный зев шейки приоткрыт. Выделения кровянистые темно-коричневые, умеренные. Бимануально: тело матки в anteflexio, не увеличено, подвижное, плотное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их при пальпации безболезненная. Своды глубокие.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям, в данном случае, относятся**

- 3-5 дней
- 1,5-2 месяца
- 2-3 недели
- 1-2 года

## **Результаты исследования**

**К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования, в данном случае, относится**

- 3-5 дней
- 1,5-2 месяца
- 2-3 недели
- 1-2 года

## **Результаты обследования**

**Предположительным предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- 3-5 дней
- 1,5-2 месяца
- 2-3 недели

- 1-2 года

## **Диагноз**

### **Патологией матки, в данном случае, может быть**

- субмукозный миоматозный узел
- гиперплазия эндометрия
- внутриматочные синехии
- эндометриоз тела матки

### **В данном случае дополнительная диагностика должна включать**

- субмукозный миоматозный узел
- гиперплазия эндометрия
- внутриматочные синехии
- эндометриоз тела матки

### **Результаты дополнительного метода обследования**

### **Дифференциальная диагностика гиперплазии эндометрия в постменопаузе проводится с**

- аденомиозом, миомой матки, раком эндометрия
- хроническим эндометритом, атрофическим вагинитом
- аппендицитом, наружным генитальным эндометриозом
- раком кишечника, эндометриозом шейки матки

### **На основании данных результатов гистологического анализа клиническим диагнозом по МКБ-10 в данной ситуации является**

- злокачественное новообразование эндометрия
- полиповидная гиперплазия эндометрия
- железистая гиперплазия эндометрия
- аденоматозная гиперплазия эндометрия

### **Учитывая имеющуюся у пациентки аденоматозную гиперплазию эндометрия в менопаузе, основной хирургической стратегией лечения будет**

- лапароскопия; экстирпация матки без придатков
- влагалищная экстирпация матки без придатков
- лапаротомия; экстирпация матки с придатками
- лапаротомия; надвлагалищная ампутация матки

**Медикаментозная гемостатическая терапия постменопаузного кровотечения включает**

- диклофенак
- дротаверина гидрохлорид
- эноксапарин натрия
- транексамовую кислоту

**В качестве менопаузальной гормональной терапии после проведенной экстирпации матки с придатками, с целью профилактики остеопороза, в данной ситуации может быть назначен**

- эстрадиол
- тестостерона пропионат
- прогестерон
- дексаметазон

**На весь период реабилитации, который составляет + \_\_\_\_\_ + после экстирпация матки с придатками необходимо рекомендовать пациентке исключить половую жизнь**

- 1,5-2 месяца
- 1-2 года
- 6-9 месяцев
- 2-3 недели

**Возраст данной пациентки относится к периоду**

- 1,5-2 месяца
- 1-2 года
- 6-9 месяцев
- 2-3 недели

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 44 лет, поступила в гинекологическое отделение.

### **Жалобы**

На обильное кровотечение из половых путей.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной последние два года, беспокоят нарушения менструального цикла: интервалы между менструациями составляют 1,5-2

месяца с последующими обильными и длительными кровотечениями. Последнее кровотечение 3 месяца назад купировалось приемом викасола, дицинона и настойкой водяного перца. Настоящее кровотечение продолжается третью неделю, вышеуказанные средства уже не помогают.

### **Анамнез жизни**

- \* Родилась от первых срочных родов, весом 3500 г, длиной 54 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.
- \* Росла и развивалась по возрасту.
- \* Детские инфекции: ветряная оспа в 5 лет, краснуха в 7 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции отрицает.
- \* Аллергоанамнез не отягощен.
- \* Менструации с 14 лет по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные.
- \* Было 4 беременности, 2 из которых закончились нормальными срочными родами. Две другие – искусственными абортами в сроках 8 и 10 недель беременности. После последнего аборта лечилась амбулаторно по поводу эндометрита.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание умеренное. Рост 164 см, вес 58 кг. Кожные покровы чистые, бледные, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 80 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влаглище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев шейки приоткрыт. Выделения крови из цервикального канала обильные, со сгустками. Бимануально: матка в физиологическом положении, несколько больше обычных размеров, плотная, ограничена в смещении. В области придатков с обеих сторон пальпируется тяжесть, плотные яичники нормальных размеров. Влаглищные своды укорочены. Пальпация области придатков умеренно болезненна.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям, в данном случае, относятся**

- 1,5-2 месяца
- 1-2 года
- 6-9 месяцев
- 2-3 недели

## **Результаты обследования**

**К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования, в данном случае, относится**

- 1,5-2 месяца
- 1-2 года
- 6-9 месяцев
- 2-3 недели

## **Результаты обследования**

**Предполагаемым предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- 1,5-2 месяца
- 1-2 года
- 6-9 месяцев
- 2-3 недели

## **Диагноз**

**Патологией матки в данном случае может являться**

- врожденные аномалии развития матки
- внутриматочные синехии
- субмукозный миоматозный узел
- гиперплазия эндометрия

**В данном клиническом случае необходимым дополнительным методом диагностики будет являться**

- врожденные аномалии развития матки
- внутриматочные синехии
- субмукозный миоматозный узел
- гиперплазия эндометрия

## **Результаты дополнительного метода обследования**

**На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования сопутствующим заболеванием у данной пациентки с аномальным маточным кровотечением является**

- постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести

- постгеморрагическая анемия средней степени тяжести
- компенсированная хроническая железодефицитная анемия
- постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести

**В случае рецидивирующего аномального маточного кровотечения у пациентки, основной хирургической стратегией лечения будет**

- расширенная кольпоскопия
- биопсия экзоцервикса шейки матки
- раздельное выскабливание матки
- диагностическая гистероскопия

**Медикаментозная гемостатическая терапия аномального маточного кровотечения включает**

- транексамовую кислоту
- диклофенак
- эноксапарин натрия
- папаверина гидрохлорид

**Данной пациентке с простой железистой гиперплазией эндометрия без атипии следует назначить после операции**

- прогестерон
- этинил-эстрадиол
- тестостерона пропионат
- дексаметазон

**В дальнейшем динамическом наблюдении после лечения гиперплазии эндометрия пациентка нуждается**

- до наступления поздней постменопаузы
- в течение 1 года после выписки из стационара
- до наступления ранней постменопаузы
- в течение 5 лет после выписки из стационара

**Рецидивы маточных кровотечений у пациентки могут быть связаны с**

- активной и регулярной половой жизнью
- отсутствием гормонотерапии
- многократными медицинскими абортами
- многократными родами крупным плодом

**Возраст пациентки относится к периоду**

- активной и регулярной половой жизнью
- отсутствием гормонотерапии
- многократными медицинскими абортами
- многократными родами крупным плодом

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На плановый осмотр к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства с результатами доплерометрического обследования обратилась повторнородящая 33 лет со сроком беременности 29-30 недель.

По данным доплерометрии у плода заподозрена анемия средней степени.

### Жалобы

Субъективных жалоб на момент осмотра не предъявляет.

### Анамнез заболевания

С ранних сроков наблюдается в женской консультации, ранее по данным УЗИ (скрининг I триместра в 12 недель 3 дня и II триместра в 20 недель 6 дней) без отклонений и особенностей.

### Анамнез жизни

\*Акушерский анамнез:\* 1-я беременность – 2 года назад, неразвивающаяся беременность на сроке 10-11 недель (после перенесенного ОРВИ), abrasio cavi uteri в 11-12 недель, без осложнений, антирезусный иммуноглобулин не введен.

\*Гинекологический анамнез:\* миома матки малых размеров, по передней стенке интрамуральный узел 12x15мм.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 2-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает).

Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск хромосомной патологии, ультразвуковой скрининг 2 триместра – без признаков патологии на момент исследования. Прием препаратов: витамины. Общая прибавка массы тела за беременность + 6 кг.

\*Соматический анамнез:\* Резус-отрицательный тип крови. Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, простая форма, длительная ремиссия, последнее обострение в 2014г. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 170 см, масса тела 68 кг. АД 110/72 мм.рт.ст., PS78 уд/мин, тоны сердца

ясные, ритмичные, дыхание везикулярное,  $t=36,6^{\circ}\text{C}$ . Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации невозбуждена. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом малого таза. ЧСС плода – 145-156 уд/мин, ритмичная. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**К необходимым для постановки диагноза методам обследования относится определение**

- активной и регулярной половой жизнью
- отсутствием гормонотерапии
- многократными медицинскими абортами
- многократными родами крупным плодом

**Результаты определения**

**С целью предотвращения ненужных инвазивных диагностических и лечебных мероприятий у данной пациентки целесообразно определение**

- активной и регулярной половой жизнью
- отсутствием гормонотерапии
- многократными медицинскими абортами
- многократными родами крупным плодом

**Результаты определения**

**Для оценки степени тяжести анемии у данной пациентки показано проведение**

- доплерометрии, оценка максимальной систолической скорости в средней мозговой артерии плода
- плацентометрии, фетометрии
- доплерометрии, оценка максимальной систолической скорости в венозном протоке плода
- фетометрии плода, визуализация гепато/спленоmegалии

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 29-30 недель**

- доплерометрии, оценка максимальной систолической скорости в средней мозговой артерии плода

- плацентометрии, фетометрии
- доплерометрии, оценка максимальной систолической скорости в венозном протоке плода
- фетометрии плода, визуализация гепато/спленомегалии

## **Диагноз**

### **Дополнительным методом диагностики данного состояния является определение**

- анти-K-антител в крови беременной женщины
- анти-Rh-антител в крови беременной женщины
- резус-принадлежности крови отца
- резус-принадлежности крови отца

### **Оптимальной тактикой ведения данной пациентки является**

- исследование крови матери на наличие резус-АТ
- проведение КТГ для оценки состояние плода
- проведение доплерометрии через 1 неделю
- экстренная госпитализация в стационар 3 уровня, решение вопроса о досрочном родоразрешении

### **В случае развития анемии плода тяжелой степени у данной пациентки в сроке беременности 31 неделя, необходимо будет проведение**

- кордоцентеза, внутриутробного переливания ЭМОЛТ (эритроцитарная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами) плоду
- амниоцентеза, амниоредукции, определение оптической плотности билирубина
- экстренного родоразрешения путем операции кесарево сечение в стационаре 3 уровня
- диагностического кордоцентеза, определение степени тяжести анемии плода

### **Внутрисосудистое переливание ЭМОЛТ (отмытых лейкофильтрованных эритроцитов) плоду позволяет**

- уменьшить количество околоплодных вод при многоводии
- пролонгировать беременность до доношенного срока
- снизить титр анти-Rh-антител в крови матери
- повысить уровень гемоглобина и гематокрита

**При выраженной отечной форме гемолитической болезни плода переливание ЭМОЛТ (отмытых лейкофильтрованных эритроцитов) дополняют введением**

- свежезамороженной плазмы
- осмотических диуретиков
- 20% раствора альбумина
- концентрированных коллоидных растворов

**Причиной развития резус-сенсibilизации у данной пациентки является**

- прием препаратов, направленных на пролонгирование данной беременности
- угроза прерывания данной беременности в 1 триместре
- резус-положительный тип крови матери пациентки
- потеря предшествующей беременности в первом триместре и отсутствие профилактики введением антирезусного иммуноглобулина

**Диагностическая значимость доплерометрического исследования с определением максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии снижается после + \_\_\_\_\_ + недель**

- 30
- 35
- 32
- 33

**Неспецифической профилактикой развития резус сенсibilизации у женщин с резус-отрицательным типом крови является**

- 30
- 35
- 32
- 33

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На плановый осмотр к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства обратилась повторнобеременная 36 лет со сроком беременности 36 недель.

По данным УЗИ: размеры плода соответствуют сроку беременности, УЗ маркеров врожденных пороков развития плода не выявлено. Предлежащая

часть – головка плода.

Фето-плацентарный и маточно-плацентарный кровотоки не нарушены. Умеренное многоводие. Увеличение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии 1,35 МоМ.

### **Жалобы**

Субъективных жалоб на момент осмотра не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

С ранних сроков наблюдается в женской консультации. У пациентки 0 (I) Rh (-) отрицательный тип крови, у супруга A (II) Rh (+) положительный. Скрининг I триместра – низкий риск хромосомной патологии.

### **Анамнез жизни**

Акушерский анамнез:

\* I беременность - 2015 год – своевременные самопроизвольные роды, родилась живая доношенная девочка, массой 3500г, в родах производилось отсроченное пережатие пуповины. Послеродовый период протекал без осложнений, анти-Rh- иммуноглобулин не введен. В раннем неонатальном периоде ребенок наблюдался с физиологической желтухой новорожденных.

\* II беременность, данная, наступила самопроизвольно.

Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки – не лечила.

Течение беременности: Данная беременность II, наступила самопроизвольно, срок беременности соответствует дате последней менструации и ранним УЗИ.

Беременность протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – норма, низкий риск хромосомной патологии плодов. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут по настоящее время.

Общая прибавка массы тела за беременность +5 кг.

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, ОРВИ - редко.

Хронические заболевания: гастрит, тонзиллит. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 171 см, масса тела 60 кг. АД 115/64 мм.рт.ст., PS 78 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, t=36,4°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации не возбудима. ЧСС плода – 144-155 уд/мин. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 20 см.

**К необходимым методам клинико-лабораторного обследования данной беременной при первом обращении в женскую консультацию относят**

- 30
- 35
- 32
- 33

**Результаты обследования**

**Дополнительным лабораторным методом обследования, необходимым для проведения у данной беременной при постановке на учет в женскую консультацию, является**

- 30
- 35
- 32
- 33

**Результаты обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 36 недель. Головное предлежание.**

- 30
- 35
- 32
- 33

**Диагноз**

**Оптимальной кратностью исследования крови на резус – АТ у данной пациентки в первом триместре беременности является**

- 1 раз в триместр
- при первом визите
- 1 раз в 2-3 недели
- 1 раз в неделю

**Оптимальной тактикой ведения данной пациентки является**

- подготовка родовых путей к родам и родоразрешение через естественные родовые пути

- родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке
- родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке в 39-40 недель
- динамическое наблюдение до доношенного срока, родоразрешение через естественные родовые пути

#### **Оптимальным неинвазивным методом диагностики анемии плода является**

- измерение максимальной систолической скорости в венозном протоке плода
- измерение пульсационного индекса в средней мозговой артерии плода
- измерение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода
- измерение пульсационного индекса в маточных артериях

#### **Данной пациентке внутриутробное переливание крови плоду**

- не показано
- показано в сроке беременности 39 недель беременности
- показано в сроке беременности 37 недель беременности
- показано в сроке беременности 38 недель беременности

#### **Лечение изосерологической несовместимости крови матери и плода**

- не проводят
- включает трансплантацию кожного лоскута от мужа
- подразумевает проведение неспецифической десенсибилизирующей терапии
- проводят гемосорбцию и плазмоферез

#### **Введение данной пациентке анти Rh иммуноглобулина в раннем послеродовом периоде**

- не показано
- показано по желанию женщины
- показано при резус-положительном типе крови ребенка
- показано при резус-отрицательном типе крови ребенка

**Сроком возможного выявления следовых уровней анти-Rh-антител после антенатального профилактического введения анти-Rh(D)-иммуноглобулина является + \_\_\_\_\_ + недель/недели**

- 12
- 10

- 4
- 8

**При отечной форме гемолитической болезни плода оптимальным методом родоразрешения является**

- оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение
- родоразрешение через естественные родовые пути с укорочением потужного периода родов
- оперативное родоразрешение путем вакуум-экстракции плода
- оперативное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов

**Эффективность проведенной профилактики резус-иммунизации**

- оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение
- родоразрешение через естественные родовые пути с укорочением потужного периода родов
- оперативное родоразрешение путем вакуум-экстракции плода
- оперативное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На плановый осмотр к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства обратилась повторнобеременная 32 лет со сроком беременности 26 недель.

По данным УЗИ: размеры плода соответствуют сроку беременности, УЗ маркеров врожденных пороков развития плода не выявлено. Предлежащая часть – головка плода. Увеличение толщины плаценты на 0,5 см, увеличение размеров печени и селезенки, умеренное многоводие. По данным доплерометрии: увеличение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии более 1,5 МоМ.

### **Жалобы**

Субъективных жалоб на момент осмотра не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

С ранних сроков наблюдается в женской консультации. У пациентки В (III) Rh (-) отрицательный тип крови, у супруга ВО (III) Rh (+). Скрининг I триместра норма.

### **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\*

\* I Беременность, 2015 год медицинский аборт по желанию женщины на сроке

8-9 недель.

\* II Беременность, данная, наступила самопроизвольно.

\*Гинекологический анамнез:\* Полипэктомия шейки матки 2013 г.

\*Течение беременности:\* Данная беременность II, наступила самопроизвольно, срок беременности определен по дате начала последней менструации.

Беременность протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – норма, низкий риск хромосомной патологии плодов. Прием препаратов: фолиевая кислота 400мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут по настоящее время. Общая прибавка массы тела за беременность +5 кг.

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: гастрит, тонзиллит. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 171 см, масса тела 60 кг. АД 115/64 мм.рт.ст., PS 78 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, t=36,4°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации не возбудима. ЧСС плода – 144-155 уд/мин. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 20 см.

### **Ведущее место в диагностике анемии плода занимает**

- оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение
- родоразрешение через естественные родовые пути с укорочением потужного периода родов
- оперативное родоразрешение путем вакуум-экстракции плода
- оперативное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов

### **Результаты обследования**

**Оптимальным сроком беременности у пациентки с резус отрицательной кровью, при котором необходимо исследовать кровь на наличие антиэритроцитарных антител, является**

- первое обращение или с ранних сроков 6-12 недель
- с 30-33 недели
- с 13-18 недель
- с 18-24 недель

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 26 недель.**

- первое обращение или с ранних сроков 6-12 недель
- с 30-33 недели
- с 13-18 недель
- с 18-24 недель

### **Диагноз**

**Дополнительным методом диагностики для выбора дальнейшей тактики лечения данной беременной является проведение**

- кордоцентеза
- амниоскопии
- биопсии хориона
- амниоцентеза для определения хромосомной патологии плода

**Оптимальным объемом терапии, необходимым данной пациентке, является**

- внутриутробное переливание крови плоду
- антибактериальная терапия
- токолитическая терапия
- введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D)

**Компонентом крови, используемым для внутриутробного переливания крови, является**

- эритроцитная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами
- свежемороженая плазма крови
- тромбоцитарная масса
- отмытые эритроциты O (I) группы резус положительной крови

**Повторная процедура кордоцентеза, внутриутробного переливания ЭМОЛТ плоду может быть проведена при**

- величине максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода, соответствующей зоне «А» до 32 недель беременности
- выявлении плацентомегалии при проведении плацентометрии и гепато/спленомегалии при проведении ультразвукового исследования
- выявлении железодефицитной анемии матери
- обнаружении задержки роста плода при проведении фетометрии

**Внутриутробное переливание крови плоду при тяжелой анемии проводится до срока беременности (в неделях)**

- 34-36
- 36-38
- 30-32
- 32-34

**При гипербилирубинемии новорожденных основным методом лечения является**

- лечение не требуется
- инфузионная терапия
- заменное переливание крови
- фототерапия

**Основным фактором риска развития резус-сенсibilизации у этой беременной является**

- прерывание первой беременности
- проведение неинвазивного пренатального скрининга
- проведение полипэктомии
- прием препаратов, направленных на пролонгирование данной беременности

**При проведении кордоцентеза кровь плода исследуют на**

- непрямую пробу Кумбса, уровень билирубина и альбумина
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, непрямую пробу Кумбса и билирубина
- резус принадлежность, фенотип системы резус
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, оптическую плотность билирубина

**Под изосерологической несовместимостью крови матери и плода понимают несовместимость**

- непрямую пробу Кумбса, уровень билирубина и альбумина
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, непрямую пробу Кумбса и билирубина
- резус принадлежность, фенотип системы резус
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, оптическую плотность билирубина

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В акушерское отделение патологии беременности поступила повторнобеременная 27 лет со сроком беременности 34 недели с тяжелой формой гемолитической болезни плода.

### Жалобы

Субъективных жалоб на момент осмотра не предъявляет.

### Анамнез заболевания

С ранних сроков наблюдается в женской консультации, ранее по данным УЗИ (скрининг I триместра в 11 недель 6 дней и II триместра в 19 недель 3 дня) без отклонений и особенностей.

### Анамнез жизни

\*Акушерский анамнез:\*

\* 1-я беременность – 5 лет назад – медицинский аборт по желанию в 10 недель, антирезусный иммуноглобулин не введен.

\* 2 беременность – 2 года назад – кесарево сечение в 41 неделю в связи с острой гипоксией плода, родилась живая доношенная девочка 3600 г, через 6 часов ребенок умер по причине внутриутробной пневмонии. В послеродовом периоде антирезусный иммуноглобулин не введен.

\* Данная беременность 3, наступила самопроизвольно.

\*Гинекологический анамнез:\* не отягощен.

\*Течение беременности:\* Динамика антител: антиRh-антитела в титре 1:2 впервые выявлены в 12 недель беременности; титр антиRh-антител нарастал в течение беременности. В течение беременности артериальное давление от 110/60 до 120/70 мм рт. ст. Общая прибавка веса составила 8,6 кг за 33 недели. Клинические анализы крови и мочи, бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого цервикального канала и влагалища находились в пределах нормы. Проведенный скрининг первого и второго триместра не выявил отклонений. Допплерометрическое исследование в 25 недель – без особенностей. При проведении скрининга третьего триместра – визуализируется отек мягких тканей плода, усиление скорости кровотока в средней мозговой артерии.

\*Соматический анамнез:\* Группа крови пациентки – O(I) Rh-отрицательный, группа крови супруга – B(III) Rh положительный. Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. В детстве – оперативное лечение по поводу аппендицита, релапаротомия - разлитой перитонит, проводилась гемотранфузия (со слов). Хронические заболевания: хронический гастрит,

хронический панкреатит. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицательные. Отмечает аллергическую реакцию в виде крапивницы на витамины группы В.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 168 см, масса тела 72 кг. АД 110/72 мм.рт.ст., PS 86 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное,  $t=36,6^{\circ}\text{C}$ . Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации невозбудима. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом малого таза. ЧСС плода – 133-137 уд/мин, ритмичный. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 29 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 20 см.

### **Методами исследования, необходимыми для постановки диагноза, являются**

- непрямую пробу Кумбса, уровень билирубина и альбумина
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, непрямую пробу Кумбса и билирубина
- резус принадлежность, фенотип системы резус
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, оптическую плотность билирубина

### **Результаты обследования**

#### **Критерием тяжелого течения гемолитической болезни плода у данной пациентки является**

- непрямую пробу Кумбса, уровень билирубина и альбумина
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, непрямую пробу Кумбса и билирубина
- резус принадлежность, фенотип системы резус
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, оптическую плотность билирубина

### **Результаты обследования**

#### **Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 34 недели. Головное предлежание.**

- непрямую пробу Кумбса, уровень билирубина и альбумина
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, непрямую пробу Кумбса и билирубина

- резус принадлежность, фенотип системы резус
- группу крови, резус принадлежность, уровень Hb и Ht, оптическую плотность билирубина

## **Диагноз**

### **Степень выраженности изоиммунизации необходимо оценивать по**

- уровню гемоглобина в крови беременной женщины
- скорости в средней мозговой артерии
- высокому значению оптической плотности билирубина околоплодных водах
- величине титра анти-Rh-антител

### **Оптимальной тактикой ведения данной пациентки является**

- динамическое наблюдение, проведение КТГ и доплерометрии кровотока в артерии пуповины и измерение МСС в СМА каждые 3 дня
- динамическое наблюдение, проведение КТГ и доплерометрии кровотока в артерии пуповины и измерение МСС в СМА каждые 1 раз в неделю
- родоразрешение путем операции кесарево сечение
- родоразрешение через естественные родовые пути

### **Профилактикой развития резус-сенсibilизации у данной пациентки является**

- введение анти – Rh(D) – иммуноглобулина после оперативного родоразрешения вне зависимости от резус-принадлежности крови ребенка
- выявление анти-Rh-антител при постановке на учет в данную беременность
- введение анти – Rh(D) – иммуноглобулина при постановке на учет в данную беременность
- введение анти – Rh(D) – иммуноглобулина после оперативного родоразрешения при резус-положительной принадлежности крови новорожденного

### **Оптимальным методом профилактики развития гемолитической болезни плода в последующую беременность у данной пациентки является**

- определение резус принадлежности плода неинвазивным методом на раннем сроке
- введение анти – Rh(D) – иммуноглобулина после родоразрешения в течение 72 часов

- наступление последующей беременности с помощью применения программ ЭКО с селективным отбором и переносом эмбрионов с гомозиготным рецессивно-отрицательным генотипом
- наступление последующей беременности с помощью применения программ ЭКО с использованием донорских эмбрионов

#### **Степень выраженности анемии плода оценивается по**

- скорости кровотока в средней мозговой артерии
- уровню гемоглобина в крови беременной женщины
- уровню антител в крови матери
- высокому значению оптической плотности билирубина околоплодных вод

#### **При выраженной отечной форме гемолитической болезни плода переливание ЭМОЛТ (отмытых лейкофильтрованных эритроцитов) дополняют введением**

- концентрированных коллоидных растворов
- 20% раствора альбумина
- осмотических диуретиков
- свежезамороженной плазмы

#### **К признакам тяжелой степени гемолитической болезни новорожденных относят**

- отек мягких тканей плода, билирубин в пуповинной крови более 137 мкмоль/л, гемоглобин в пуповинной крови менее 100 г/л
- гепато/спленомегалия плода, окрашивание околоплодных вод в желтый цвет, билирубин в пуповинной крови более 137 мкмоль/л, гемоглобин в пуповинной крови менее 140 г/л
- гепато/спленомегалия плода, билирубин в пуповинной крови более 50 мкмоль/л, гемоглобин в пуповинной крови менее 140 г/л
- отек мягких тканей плода, плацентомегалия, окрашивание околоплодных вод в желтый цвет, билирубин в пуповинной крови более 137 мкмоль/л, гемоглобин в пуповинной крови менее 140 г/л

#### **При величине максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии соответствующей зоне "А" с 30 недель беременности показано проведение**

- трансабдоминального кордоцентеза, внутриматочного внутрисосудистого переливания ЭМОЛТ плоду

- подготовки мягких родовых путей к родам, родоразрешению через естественные родовые пути
- переливания компонентов донорской крови матери
- родоразрешения путем операции кесарево сечение в экстренном порядке

### **При резус-отрицательной принадлежности группы крови отца у беременной с резус отрицательным типом крови, профилактика резус сенсibilизации**

- трансабдоминального кордоцентеза, внутриматочного внутрисосудистого переливания ЭМОЛТ плоду
- подготовки мягких родовых путей к родам, родоразрешению через естественные родовые пути
- переливания компонентов донорской крови матери
- родоразрешения путем операции кесарево сечение в экстренном порядке

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 24 лет обратилась в приемное отделение со сроком беременности 15 недель 2 дня, монохориальной диамниотической двойней.

### **Жалобы**

Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота.

### **Анамнез заболевания**

В женской консультации наблюдается с 11 недель беременности. На скрининге первого триместра диагностирована монохориальная диамниотическая двойня. I триместр: без особенностей. Принимала витамины. Пренатальный скрининг I триместра: Высокий риск трисомии 21, риск 1:15, гипоплазия костей носа. II триместр: В 13-14 недель проведена биопсия ворсин хориона, цитогенетический метод - 46 XX, 14 pstk+ (вариант нормы). Мультиплексный анализ на 5 наиболее распространенных анеуплоидий по 13, 18, 21, X, Y хромосомам и аббераций в 9 микроделеционных регионах не выявлено.

### **Анамнез жизни**

Сахарный диабет, туберкулез отрицает. Вирусные гепатиты В, С – отрицательные. В детском возрасте перенесла краснуху, ветряную оспу, ОРВИ. Миопия слабой степени (-2D).

Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки, не лечила.

Менструальная функция: менструация с 13 лет, нерегулярные, через 30-90 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД правой руки 110/75, левой руки 110/80. Рост 162 см. Вес 52,5 кг. ИМТ 20. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **К необходимым методам клиничко-лабораторного обследования данной беременной при поступлении в стационар относят**

- трансабдоминального кордоцентеза, внутриматочного внутрисосудистого переливания ЭМОЛТ плоду
- подготовки мягких родовых путей к родам, родоразрешению через естественные родовые пути
- переливания компонентов донорской крови матери
- родоразрешения путем операции кесарево сечение в экстренном порядке

### **Результаты обследования**

**Необходимыми методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является проведение**

- трансабдоминального кордоцентеза, внутриматочного внутрисосудистого переливания ЭМОЛТ плоду
- подготовки мягких родовых путей к родам, родоразрешению через естественные родовые пути
- переливания компонентов донорской крови матери
- родоразрешения путем операции кесарево сечение в экстренном порядке

### **Результаты обследования**

**На основании результатов обследования предполагаемый диагноз:**

**Беременность 15-16 недель. Монохориальная диамниотическая двойня**

- трансабдоминального кордоцентеза, внутриматочного внутрисосудистого переливания ЭМОЛТ плоду

- подготовки мягких родовых путей к родам, родоразрешению через естественные родовые пути
- переливания компонентов донорской крови матери
- родоразрешения путем операции кесарево сечение в экстренном порядке

## **Диагноз**

**Наиболее оптимальной тактикой ведения данной пациентки является проведение**

- терапии, направленной на пролонгирование беременности в условиях стационара
- наблюдения в условиях дневного стационара
- терапии, направленной на пролонгирование беременности в амбулаторных условиях
- наблюдения в амбулаторных условиях

**Оптимальной тактикой ведения данной пациентки при купировании клинических проявлений угрожающего выкидыша и при наличии кровотечения в артерии пуповины второго плода является**

- проведение эхографического исследования через 1 неделю
- проведение оперативного лечения
- динамическое наблюдение в условиях стационара
- динамическое наблюдение в амбулаторных условиях

**В случае отказа пациентки от оперативного лечения у первого плода (плода-помпы) возможно развитие**

- гиповолемии
- водянки
- анемии
- почечной недостаточности, маловодия

**При отсутствии внутриутробной коррекции данного состояния перинатальная смертность может достигать + \_\_\_\_\_ +%**

- 90
- 50
- 20
- 70

**Причиной развития синдрома обратной артериальной перфузии является**

- патологическое прикрепление пуповины второго плода
- высокий риск хромосомной патологии плода
- выраженное аномальное анастомозирование сосудов монохориальной плаценты
- неравномерное разделение плаценты между близнецами

**Оптимальной тактикой ведения пациентки после проведения оперативного лечения является**

- динамическое наблюдение, исследование максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии
- выписка из стационара, наблюдение по месту жительства
- наблюдение в условиях стационара, проведение эхографического исследования
- динамическое наблюдение, исследование пульсационного индекса в средней мозговой артерии

**Оптимальной тактикой родоразрешения данной пациентки при пролонгировании беременности до доношенного срока и головном предлежании плода является**

- оперативное влагалищное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов
- самопроизвольные роды через естественные родовые пути
- оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке
- оперативное влагалищное родоразрешение путем вакуум-экстракции плода

**При хромосомной патологии одного из плодов возможно проведение**

- хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- антибактериальной терапии
- селективного фетоцида больного плода
- индуцированного прерывания беременности

**Оптимальной кратностью проведения ультразвукового исследования при монохориальной многоплодной беременности является**

- хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- антибактериальной терапии
- селективного фетоцида больного плода
- индуцированного прерывания беременности

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На плановый осмотр к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства обратилась первобеременная 26 лет со сроком беременности 19-20 недель.

### Жалобы

На резкое увеличение размеров живота, прибавление массы тела за последние 2 недели на 5 кг.

### Анамнез заболевания

С ранних сроков наблюдается в женской консультации, ранее на скрининге первого триместра диагностирована монохориальная диамниотическая двойня, увеличение воротникового пространства первого плода (ТВП 3,4 см).

### Анамнез жизни

\*Акушерский анамнез:\* 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Гинекологический анамнез:\* синдром поликистозных яичников, год назад произведена клиновидная резекция яичников.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 1-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – монохориальная диамниотическая двойня, высокий риск хромосомной патологии плодов. На сроке 15 недель проводилось стационарное лечение по поводу угрозы прерывания беременности. Общая прибавка массы тела за беременность + 10 кг.

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ – редко. Хронические заболевания отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 173 см, масса тела 76 кг. АД 110/60 мм.рт.ст., PS 83 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, t=36,6°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации невозбудима. ЧСС плодов: 1-го плода – 145-156 уд/мин, 2-го плода – 138-139 уд/мин. Шевеления плодов ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**Для постановки диагноза данной пациентке необходимо провести**

- хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- антибактериальной терапии
- селективного фетоцида большого плода
- индуцированного прерывания беременности

**Результаты обследования**

**К методам обследования, которые необходимо провести у данной пациентки, с целью прогнозирования преждевременных родов относят**

- хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- антибактериальной терапии
- селективного фетоцида большого плода
- индуцированного прерывания беременности

**Результаты обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 18-19 недель. Монохориальная диамниотическая двойня**

- хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- антибактериальной терапии
- селективного фетоцида большого плода
- индуцированного прерывания беременности

**Диагноз**

**Вероятным признаком развития фето-фетального трансфузионного синдрома при проведении скрининга первого триместра в данной ситуации является**

- дискордантность по количеству околоплодных вод плодов
- увеличение воротникового пространства первого плода (ТВП=3,4 см).
- «нулевой» кровоток в артерии пуповины второго плода
- дискордантность по массе тела 25%

**Оптимальной тактикой ведения пациентки на данном этапе является**

- динамическое наблюдение в амбулаторных условиях
- госпитализация в стационар третьего уровня
- проведение ультразвукового исследования через 2 недели
- госпитализация в родильный дом

**Оптимальной тактикой ведения данной пациентки в условиях стационара является проведение**

- хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- амниоинфузии с целью коррекции ангидрамниона второго плода
- фетоскопии, лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты
- антибактериальной терапии с целью коррекции многоводия/маловодия плодов

**При проведении фетоскопической лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты заключительным этапом операции является проведение**

- цервикометрии
- септостомии
- амниоредукции
- фетометрии

**После оперативного лечения фето-фетального трансфузионного синдрома необходимо проведение ультразвукового исследования**

- с целью оценки эффективности терапии
- с целью проведения цервикометрии
- клинико-лабораторного обследования
- с целью плацентометрии

**На 2 сутки после проведения оперативного лечения у пациентки была диагностирована неразвивающаяся беременность плода-донора.**

**Дальнейшая тактика ведения данной пациентки заключается в**

- консервативном ведении беременности
- проведении фетоскопии, селективной лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты
- проведении фетоскопии, селективной лазерной коагуляции сосудов пуповины плода
- прерывании беременности

**При неразвивающейся беременности плода-донора после проведения фетоскопии, и нормально протекающей беременности до доношенного срока, рекомендуемый метод родоразрешения**

- через естественные родовые пути с использованием вакуум-экстракции плода
- через естественные родовые пути путем наложения акушерских щипцов

- путем операции кесарево сечение в плановом порядке
- через естественные родовые пути

**Оптимальной кратностью посещения женской консультации беременной с многоплодием является**

- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 4 недели

**Фето-фетальный трансфузионный синдром осложняет течение монохориальной многоплодной беременности в + \_\_\_\_\_ + % случаев**

- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 4 недели

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 32 лет обратилась в женскую консультацию со сроком беременности 35 недель 2 дня, дихориальной диамниотической двойней.

### **Жалобы**

Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота.

### **Анамнез заболевания**

В женской консультации наблюдается с 11 недель беременности. На скрининге первого триместра диагностирована дихориальная диамниотическая двойня.

I триместр: угрожающий аборт в 8 недель (амбулаторное лечение); ТТГ 2,97 мМЕ/мл, по поводу чего принимает препараты гормонов щитовидной железы, прогестерона, витамины.

II триместр: угрожающий выкидыш в 18 недель – стационарное лечение. В 21 неделю 4 дня произведена хирургическая коррекция ИЦН, анемия легкой степени – препараты железа, прогестерона, витамины.

III триместр: принимает витамины.

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;
- осложненный миопический астигматизм, миопия слабой степени;
- субклинический гипотиреоз в стадии медикаментозной компенсации.

Гинекологические заболевания:

2012г – лапаротомия, тубэктомия слева, геморрагический шок 1 степени (кровопотеря 2000 мл) – гемотранфузия;

2014г – лапаротомия, тубэктомия справа, геморрагический шок 1 ст (кровопотеря 1500 мл) - гемотранфузия. Простые серозные кисты обоих яичников. Левосторонний хронический периоофорит и перисальпингит (к стенке кистозного образования левого яичника припаяны фимбрии маточной трубы);

2018г. – гистероскопия, РДВ стенок полости матки, открытая лапароскопия, адгезиолизис, удаление кисты культи левой маточной трубы, резекция правого яичника (спаечный процесс III-IV степени. Бесплодие II. Серозная цистаденома правого яичника. Эндометриоидные очаги правого яичника. Киста культи левой маточной трубы. В соскобах: слизистая тела матки утолщена, средней стадии пролиферации с очаговой гиперплазией базального слоя, фрагменты эндоцервикса.

Акушерский анамнез:

\* I беременность – нарушенная внематочная беременность в 7 недель, лапаротомия - тубэктомия слева;

\* II беременность – нарушенная внематочная беременность в 7 недель, лапаротомия - тубэктомия справа;

\* III беременность –данная беременность после первой попытки ЭКО в естественном цикле, перенос двух пятидневных эмбрионов. Дихориальная, диамниотическая двойня.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 82, АД правой руки 110/75, левой руки 110/80. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **К необходимым методам клинико-лабораторного обследования данной беременной при первом обращении в женскую консультацию относят**

- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 4 недели

### **Результаты обследования**

**Необходимыми методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки являются**

- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 4 недели

**Результаты обследования**

**На основании результатов обследования предполагаемый диагноз:  
Беременность 35 недель 2 дня. ЭКО. Дихориальная, диамниотическая двойня.  
Головное предлежание 1-го плода**

- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 4 недели

**Диагноз**

**Оптимальной тактикой ведения данной пациентки является**

- наблюдение в условиях дневного стационара
- проведение терапии, направленной на пролонгирование беременности в амбулаторных условиях
- проведение терапии, направленной на пролонгирование беременности в условиях стационара
- амбулаторное наблюдение

**Оптимальным сроком для проведения трансвагинальной цервикометрии с целью прогнозирования преждевременных родов является + \_\_\_\_\_ +  
недель/недели**

- 15-17
- 19-20
- 23-24
- 25-27

**Оптимальным сроком родоразрешения данной пациентки является + \_\_\_\_\_ +  
недель**

- 38-39
- 37-38

- 35-36
- 39-40

**Оптимальным методом родоразрешения в данном случае является**

- родоразрешение путем операции кесарево сечение
- роды через естественные родовые пути
- оперативное влагалищное родоразрешение
- роды через естественные родовые пути, кесарево сечение на втором плоде

**Тактика ведения родов данной пациентки после рождения первого плода включает проведение**

- операции кесарево сечение в экстренном порядке в связи с тазовым предлежанием второго плода
- амниотомии, экстракции плода за тазовый конец
- амниотомии, ведение родов через естественные родовые пути с оказанием пособия по Цовьянову
- амниотомии, наружного поворота второго плода с переводом его в головное предлежание под контролем УЗИ-исследования, родоразрешение через естественные родовые пути

**При ведении родов через естественные родовые пути проведение кардиомониторного контроля**

- показано только для второго плода после рождения первого
- рекомендовано только во втором периоде родов
- показано в непрерывном режиме для обоих плодов
- не показано

**Наиболее вероятным осложнением в последовом и раннем послеродовом периоде у данной пациентки является**

- тромбоэмболия легочной артерии
- выворот матки
- полное плотное прикрепление плаценты
- гипотоническое кровотечение

**Оптимальной частотой посещения женской консультации беременной с неосложненным течением многоплодной беременности до 28 недель беременности является**

- еженедельно

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 4 недели
- 2 раза в месяц

**Оптимальной кратностью проведения ультразвукового исследования при дихориальной многоплодной беременности является**

- еженедельно
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 4 недели
- 2 раза в месяц

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На плановый осмотр к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства с результатами УЗ-обследования (скрининг II триместра) обратилась первобеременная 28 лет со сроком беременности 20-21 неделя.

### **Жалобы**

Субъективных жалоб на момент осмотра не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

С ранних сроков наблюдается в женской консультации, ранее на скрининге первого триместра диагностирована монохориальная диамниотическая двойня.

### **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\* 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\*Гинекологический анамнез:\* Не отягощен.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 1-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает).

Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – монохориальная диамниотическая двойня, низкий риск хромосомной патологии плодов. На сроке 11 и 16 недель проводилось стационарное лечение по поводу угрозы прерывания беременности.

Ультразвуковой скрининг 2 триместра – без признаков патологии на момент исследования, выявлено многоводие первого плода, тенденция к маловодию второго плода. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время. Общая прибавка массы тела за беременность + 8 кг.

\*Соматический анамнез:\* Резус-отрицательный тип крови. Туберкулез, ВИЧ,

сифилис, гепатиты – отрицательные. Детские инфекции: ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический гастрит - длительная ремиссия, последнее обострение в 2014г.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 167 см, масса тела 92 кг. АД 110/60 мм.рт.ст., PS 56 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, t=36,6°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации невозбудима. ЧСС плодов: 1-го плода – 145-156 уд/мин, 2-го плода – 138-139 уд/мин. Шевеления плодов ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**К основному методу диагностики, необходимому для постановки диагноза, относится**

- еженедельно
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 4 недели
- 2 раза в месяц

### **Результаты обследования**

**К дополнительному методу обследования, который необходимо провести у данной пациентки, относится**

- еженедельно
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 4 недели
- 2 раза в месяц

### **Результаты обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 21-22 недели. Монохориальная диамниотическая двойня. Резус отрицательная кровь без сенсibilизации.**

- еженедельно
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 4 недели
- 2 раза в месяц

## **Диагноз**

**Показанием для оперативного лечения фето-фетального трансфузионного синдрома является**

- фето-фетальный трансфузионный синдром II-IV стадии Quintero
- фето-фетальный трансфузионный синдром V стадии Quintero
- дискордантность по количеству околоплодных вод плодов
- антенатальная гибель второго плода из двойни

**Патогенетически обоснованным методом лечения фето-фетального трансфузионного синдрома является**

- септостомия, равномерное распределение околоплодных вод между плодами
- амниоредукция, удаление избыточного количества околоплодных вод
- фетоскопия, селективная лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты
- интерстициальная лазерная коагуляция сосудов пуповины одного из плодов

**В случае отказа пациентки от оперативного лечения перинатальная смертность может достигать + \_\_\_\_\_ +%**

- 40-60
- 20-50
- 15-25
- 60-100

**Оптимальным сроком для проведения фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты в данном случае является срок**

- с 27 до 30 недель
- до 26 недель
- после 28 недель
- после 26 недель

**Фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты позволяет**

- уменьшить количество околоплодных вод при многоводии
- осуществить обследование хорионической пластины вдоль всей межплодовой перегородки
- пролонгировать беременность до доношенного срока

- повысить уровень гемоглобина и гематокрита плода-донора

**Эффективность лазерной коагуляции при ФФТС составляет + \_\_\_\_\_ +%**

- 20-30
- 70-80
- 90-100
- 10

**Амниоредукция, являющаяся альтернативным методом лечения фето-фетального трансфузионного синдрома, способствует**

- пролонгированию беременности
- прерыванию беременности
- развитию анемии плода-донора
- развитию полицитемии плода-реципиента

**Оптимальной кратностью посещения женской консультации беременной с многоплодием является**

- 1 раз в 4 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 3 недели

**Проведение цервикометрии при многоплодной беременности рекомендовано проводить в + \_\_\_\_\_ + недель**

- 1 раз в 4 недели
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 3 недели

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

14.03. в 10.30 бригада скорой медицинской помощи доставила пациентку 22 лет в родильный дом.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота через 4-5 минут по 30 секунд.

### **Анамнез заболевания**

Вышеописанные жалобы появились 2 часа назад, болевой синдром умеренно выражен (4-5 баллов по визуальной аналоговой шкале).

### **Анамнез жизни**

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции (краснуха, эпидемический паротит). Аллергоанамнез: неотягощен. Менархе в 14 лет, менструальная функция не нарушена. Первый день последней менструации 07.06. Гинекологические заболевания: отрицает. Контрацепцию отрицает. Настоящая беременность – первая, наступила самопроизвольно, протекала без осложнений на всем протяжении. Общая прибавка массы тела за беременность составила 12 кг.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 80 кг. ИМТ = 28. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 110/70 мм рт. ст. (на правой руке). Температура 36,7<sup>0</sup>С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Схватки по 30 секунд через 4-5 минут, регулярные, умеренно болезненные, матка между схватками расслабляется полностью. Высота стояния дна матки на 35 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту.

Per vaginam: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище узкое. Шейка матки центрирована, размягчена, укорочена до 0,5 см, цервикальный канал проходим для 2 пальцев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Воды целы. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**На основании данных осмотра пациентки в качестве основного диагноза следует предположить наличие**

- 1 раз в 4 недели

- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 3 недели

## **Диагноз**

**Оптимальной тактикой врача приемного отделения в отношении данной пациентки является ее госпитализация в**

- операционную для проведения операции кесарева сечения
- отделение патологии беременности для проведения токолитической терапии
- отделение патологии беременности для подготовки шейки матки к родам
- родовой блок для родоразрешения

**В рамках инструментального обследования роженицы необходимо провести ультразвуковое исследование матки и плода, доплерометрическое исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока и**

- операционную для проведения операции кесарева сечения
- отделение патологии беременности для проведения токолитической терапии
- отделение патологии беременности для подготовки шейки матки к родам
- родовой блок для родоразрешения

## **Результаты обследования**

**В перечень необходимого лабораторного обследования данной пациентки в условиях родильного дома входит**

- операционную для проведения операции кесарева сечения
- отделение патологии беременности для проведения токолитической терапии
- отделение патологии беременности для подготовки шейки матки к родам
- родовой блок для родоразрешения

## **Результаты обследования**

**Ведение партограммы у пациентки в родах осуществляется с регистрацией динамики раскрытия маточного зева при вагинальном осмотре, который проводится с частотой не реже 1 раза в + \_\_\_\_ + часов**

- 2
- 6

- 3
- 4

**Средняя продолжительность родов у данной пациентки, согласно временным параметрам первых родов, не должна превышать + \_\_\_\_\_ + часов**

- 12
- 14
- 10
- 8

**При решении вопроса об обезболивании родов необходимо объяснить пациентке, что наиболее эффективным методом обезболивания является**

- внутримышечное введение нестероидных противовоспалительных препаратов
- внутривенное введение агонистов опиатных рецепторов
- эпидуральная анальгезия
- ингаляция смеси закиси азота и кислорода

**При неосложненном течении родов у данной пациентки второй период следует вести на фоне**

- пассивного опускания головки плода на тазовое дно
- активного растуживания во время схваток при помощи приема Вальсальвы
- проведения латеральной эпизиотомии при прорезывании теменных бугров головки плода
- использования приема Кристеллера с момента врезывания головки плода в половую щель

**В качестве показаний к рассечению промежности в родах у данной пациентки может выступить необходимость наложения акушерских щипцов, дистресс плода и**

- варикозное расширение вен промежности
- высокая промежность
- дистоция плечиков
- потребность в укорочении II периода родов

**Среди положительных признаков отделения плаценты в третьем периоде родов у данной пациентки могут определяться признаки Кюстнера-Чукалова, Альфельда, Клейна, а также**

- Снегирева
- Пискачека
- Губарева и Гауса
- Шредера

**Одним из способов профилактики послеродового кровотечения у данной пациентки является**

- катетеризация мочевого пузыря сразу после рождения плода до появления признаков отделения плаценты
- наружный массаж матки через переднюю брюшную стенку после приведения тела матки в срединное положение
- рутинное введение окситоцина (в первую минуту после рождения плода – 10 ЕД в/м или в/в медленно)
- в/в введение раствора метилэргометрина – 1,0 мл сразу после пререзывания теменных бугров плода

**При оценке состояния родовых путей в раннем послеродовом периоде обнаружен разрыв промежности с повреждением мышц, но без вовлечения наружного анального сфинктера, что по классификации относится к разрыву промежности + \_\_\_\_ + степени**

- катетеризация мочевого пузыря сразу после рождения плода до появления признаков отделения плаценты
- наружный массаж матки через переднюю брюшную стенку после приведения тела матки в срединное положение
- рутинное введение окситоцина (в первую минуту после рождения плода – 10 ЕД в/м или в/в медленно)
- в/в введение раствора метилэргометрина – 1,0 мл сразу после пререзывания теменных бугров плода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

12.03 в 05.00 повторнобеременная 35 лет доставлена в родильный дом бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

На внезапно возникшие резкие боли в животе и пояснице, головную боль.

### **Анамнез заболевания**

Вышеописанные жалобы появились 30 минут назад во время отдыха пациентки, в связи с чем она вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

## **Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит. Менархе в 12 лет, менструальная функция не нарушена. Первый день последней менструации 10.07. Гинекологические заболевания: хронический эндометрит, эрозия шейки матки (лечение не проводилось). Средства контрацепции: комбинированные оральные контрацептивы (Логест) в течение 8 лет.

Настоящая беременность третья. +

Первая беременность 12 лет назад завершилась искусственным абортом на сроке 6-7 недель по желанию пациентки – выполнено выскабливание стенок полости матки, удаление плодного яйца. +

Вторая беременность 3 года назад протекала на фоне преэклампсии умеренно выраженной, завершилась преждевременными самопроизвольными родами на сроке 33-34 недели; родился мальчик массой 2000 г, ростом 43 см, в настоящее время наблюдается неврологом в связи с гипертонусом мышц.

Послеродовой период осложнился развитием эндометрита на фоне лохиометры. +

Третья беременность – настоящая, наступила самопроизвольно, протекала на фоне хронической артериальной гипертензии (с максимальным повышением артериального давления до цифр 140/80 мм рт. ст. и протеинурией в клиническом анализе мочи 0,4-0,6 г/л), по поводу чего пациентка принимала Допегит по 250 мг 3 раза в день. 3 недели назад появились отеки голеней, стоп, кистей рук, передней брюшной стенки. 2 дня назад на приеме у врача женской консультации по результатам клинического анализа мочи выявлена протеинурия 0,9 г/л. Общая прибавка массы тела за беременность составила 16 кг.

## **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Рост 167 см. Вес 87 кг. ИМТ = 31,2. Пациентка контактна, адекватна. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие, теплые. Язык не обложен, сухой. Область зева не гиперемирована. Выявлены отеки стоп, голеней, кистей рук, передней брюшной стенки. Пульс 95 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 145/90 мм рт. ст. (на правой руке) и 150/100 мм рт. ст. (на левой руке). Температура 36,7<sup>0</sup>С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Матка в повышенном тонусе, болезненна при пальпации. Высота стояния дна матки – на 30 см выше лона. Положение плода продольное. Предлежит головка

плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 90 ударов в минуту.

Per vaginum: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище емкое. Шейка матки отклонена кзади, умеренно размягчена, укорочена до 2,0-2,5 см, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды влагалища пальпируется предлежащая головка плода, подвижная над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Воды целы. Выделения из половых путей светлые слизистые.

**На основании жалоб и результатов осмотра пациентки в качестве основного диагноза следует предположить развитие преэклампсии на фоне хронической артериальной гипертензии, острой гипоксии плода, а также**

- преждевременной отслойки плаценты
- обострения хронического пиелонефрита
- угрожающих преждевременных родов
- острого жирового гепатоза беременных

**С целью подтверждения диагноза у данной пациентки в рамках инструментальных методов обследования необходимо произвести**

- преждевременной отслойки плаценты
- обострения хронического пиелонефрита
- угрожающих преждевременных родов
- острого жирового гепатоза беременных

### **Результаты обследования**

**Для определения оптимальной тактики ведения данной пациентки необходимо собрать консилиум с участием акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, сердечно-сосудистого хирурга и**

- специалиста функциональной диагностики
- абдоминального хирурга
- невропатолога-нейрофизиолога
- трансфузиолога

**После подтверждения диагноза у данной пациентки врачу родильного дома необходимо провести**

- подготовку шейки матки к родам простагландинами
- родоразрешение в экстренном порядке
- токолитическую терапию гинипралом
- активацию родовой деятельности окситоцином

**Предпочтительным методом родоразрешения у данной пациентки является**

- родоразрешение через естественные родовые пути
- операция вакуум-экстракции плода во втором периоде родов
- кесарево сечение в экстренном порядке
- плодоразрушающая операция посредством перфорации головки с последующей эксцеребрацией и краниоклазией

**Осложнением преэклампсии, определяющим неблагоприятный исход у данной пациентки, согласно клиническим рекомендациям, является**

- нарастание протеинурии по данным анализов мочи
- несоответствие размеров плода гестационному сроку
- наличие признаков внутриутробной гипоксии
- преждевременная отслойка плаценты

**В качестве осложнений преэклампсии у данной пациентки, кроме преждевременной отслойки плаценты, может развиваться эклампсия, инсульт, HELLP-синдром, а также**

- гистиопатический разрыв матки
- антенатальная гибель плода
- вращение плаценты в стенку матки
- желудочно-кишечное кровотечение

**Во время кесарева сечения у данной пациентки необходимо решить вопрос о целесообразности расширения объема операции до экстирпации матки без придатков в случае обнаружения у нее**

- матки Кювелера
- серозного выпота в брюшной полости
- аномалии строения матки
- хориоамнионита

**Решение о расширении объема операции до экстирпации матки без придатков у данной пациентки должно быть принято**

- бригадой врачей, выполняющих кесарево сечение
- консилиумом врачей
- ответственным дежурным врачом
- самой пациенткой в виде информированного согласия на этапе подготовки к операции

**Препаратом выбора для проведения антибиотикопрофилактики послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений у данной пациентки является амоксиклав или**

- метронидазол
- ванкомицин
- цефуроксим
- ципрофлоксацин

**В первые 2 часа послеоперационного периода пациентку необходимо осматривать с частотой 1 раз в + \_\_\_\_\_ + минут**

- 50-60
- 10-15
- 20-30
- 35-40

**Возможное повышение температуры тела у пациентки до 38<sup>0</sup>С и лейкоцитоза в течение 24 часов после кесарева сечения допустимы и, как правило, обусловлены**

- 50-60
- 10-15
- 20-30
- 35-40

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первородящая пациентка 25 лет 10 января доставлена в родильный дом.

### **Жалобы**

На нерегулярные схваткообразные боли в нижних отделах живота, беспокоящие в течение последних 2 часов.

### **Анамнез заболевания**

Настоящая беременность – первая, протекала без осложнений. Общая прибавка массы тела за беременность составила 11 кг.

### **Анамнез жизни**

Пациентка в росте и развитии не отставала от сверстников. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции (корь, ветряная оспа, эпидемический

паротит), ОРВИ, грипп. Менархе в 13 лет. Менструальная функция не нарушена. Первый день последней менструации – 3 апреля прошлого года

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост – 168 см, вес – 72 кг. ИМТ = 25,5. Кожные покровы обычного цвета, сухие, чистые. Язык не обложен, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного качества. АД 120/75 мм рт. ст. на обеих руках. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный. Стул оформленный, обычного цвета, ежедневный. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**\_Status obstetricus\_**: матка в нормальном тоне, возбудима и безболезненна при пальпации. Высота стояния дна матки – на 38 см выше лона. Окружность живота – 92 см. Положение плода продольное. В дне матки определяется округлая плотная баллотирующая крупная часть плода. Над входом в малый таз определяется крупная, небаллотирующая предлежащая часть плода неправильной формы. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту, выслушивается на 2 см выше пупка.

Размеры таза: 25-28-31-20. Индекс Соловьева – 15 см. Размер Франка – 11 см.

**\_Per vaginam\_**: влагалище узкое, шейка матки размягчена, укорочена до 1,5 см, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Через своды влагалища определяется мягкая крупная предлежащая часть плода, расположенная над входом в малый таз. Крестцовая впадина выражена, таз емкий, мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Воды целы. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Данной пациентке установлен диагноз «Тазовое предлежание плода» на основании результатов наружного акушерского обследования и**

- расчётов предполагаемой массы плода
- влагалищного исследования
- особенностей течения беременности
- измерения наружных размеров таза

**При проведении наружного акушерского обследования пациентки в пользу тазового предлежания плода свидетельствуют данные пальпации дна матки (первый прием пальпации Леопольда-Левецкого), нижнего сегмента матки (третий прием пальпации Леопольда-Левецкого), а также**

- расчётов предполагаемой массы плода

- влагалищного исследования
- особенностей течения беременности
- измерения наружных размеров таза

### **Результаты обследования**

**Для уточнения диагноза у данной пациентки необходимым рутинным инструментальным методом обследования является**

- расчётов предполагаемой массы плода
- влагалищного исследования
- особенностей течения беременности
- измерения наружных размеров таза

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Данной пациентке показано родоразрешение посредством**

- проведения операции кесарева сечения в плановом порядке после дообследования
- экстракции плода за тазовый конец после полного открытия маточного зева
- консервативного ведения родов через естественные родовые пути
- проведения операции кесарева сечения в экстренном порядке, учитывая доношенный срок беременности

**Основные принципы ведения вагинальных родов при тазовом предлежании у данной пациентки предполагают постоянное мониторирование состояния плода и**

- активное «растуживание» пациентки с момента полного открытия маточного зева
- инвазивный фетальный мониторинг в первом периоде родов
- обязательное использование эпидуральной анальгезии в активной фазе
- максимальное сохранение плодного пузыря

**Данной пациентке с тазовым предлежанием плода в первом периоде родов проведение амниотомии возможно только по строгим показаниям, поскольку данная процедура повышает риск**

- травматизации плода во время родов
- выпадения и сдавления пуповины
- развития слабости родовой деятельности
- возникновения дистоции шейки матки

**Введение окситоцина в родах при тазовом предлежании плода у данной пациентки допускается на фоне эпидуральной анальгезии только при**

- редких схватках
- появлении признаков гипоксии плода
- отсутствии кровянистых выделений из влагалища
- плотно прижатом тазовом конце плода к плоскости входа в малый таз

**В рамках обезболивания первого периода родов у данной пациентки с тазовым предлежанием плода следует отдать предпочтение**

- перидуральной (эпидуральной) анестезии
- медикаментозной анестезии
- парацервикальной новокаиновой блокаде
- ингаляции закиси азота в интервалах между схватками

**Через 10 часов от начала регулярной родовой деятельности у данной пациентки появились потуги по 50-55 секунд через 1-2 минуты. Тазовый конец плода находится на тазовом дне роженицы. Ягодицы плода прорезались. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Оптимальной тактикой ведения родов в данный момент является**

- проведение родостимуляции окситоцином
- выжидательная – до момента рождения туловища плода до нижнего угла передней лопатки
- экстракция плода за паховый сгиб
- оказание пособия по Цовьянову

**После рождения плода до нижних углов лопаток у данной пациентки обнаружено самостоятельное рождение задней ручки и запрокидывание передней ручки плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Оптимальной тактикой ведения родов на данном этапе является**

- проведение клейдотомии с последующим выведением передней ручки плода из-под симфиза
- операция наложения акушерских щипцов на последующую головку, при выведении которой запрокинувшаяся ручка родится самостоятельно
- транспортировка роженицы в операционную для проведения экстренной операции кесарева сечения
- классическое ручное пособие по выведению ручек плода

**Для облегчения рождения последующей головки плода у данной пациентки использовали метод Брахта, сущность которого заключается в**

- выполнении разрезов на шейке матки на 2, 6 и 10 часах условного циферблата под контролем пальцев руки, введенных во влагалище и расположенных между головкой плода и шейкой матки
- надавливании указательным и средним пальцами руки, на которой лежит плод, на бугры верхней челюсти по обеим сторонам от носа, а средним пальцем руки, расположенной на спинке плода, на затылочный бугор для сгибания головки
- надавливании ассистентом над лоном для сгибания головки и поднятии врачом туловища плода к симфизу пациентки
- введении в ротик плода дистальной фаланги указательного пальца руки, на которой лежит плод, и нажатии на нижнюю челюсть с осторожным сгибанием головки плода

**Во избежание развития острой внутриутробной гипоксии и интранатальной гибели плода у данной роженицы, изгнание плечевого пояса и последующей головки плода должно произойти в ближайшие ++ \_\_\_\_\_ ++ минут после рождения плода до нижних углов лопаток**

- выполнении разрезов на шейке матки на 2, 6 и 10 часах условного циферблата под контролем пальцев руки, введенных во влагалище и расположенных между головкой плода и шейкой матки
- надавливании указательным и средним пальцами руки, на которой лежит плод, на бугры верхней челюсти по обеим сторонам от носа, а средним пальцем руки, расположенной на спинке плода, на затылочный бугор для сгибания головки
- надавливании ассистентом над лоном для сгибания головки и поднятии врачом туловища плода к симфизу пациентки
- введении в ротик плода дистальной фаланги указательного пальца руки, на которой лежит плод, и нажатии на нижнюю челюсть с осторожным сгибанием головки плода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 26 лет обратилась к участковому акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На тянущие боли внизу живота, общую слабость, потливость, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, отсутствие беременности в течение 5 лет регулярной половой жизни без контрацепции.

### **Анамнез заболевания**

Боли внизу живота появились после лечения на южном курорте и беспокоят в

течение года. По поводу бесплодия не обследовалась. Многократные тесты на беременность отрицательные.

### **Анамнез жизни**

Родилась доношенной от молодых здоровых родителей. В детстве перенесла ветряную оспу, респираторные заболевания. Наследственность не отягощена. Дедушка пациентки страдал легочной формой туберкулеза. Операции, травмы, гемотрансфузии отрицает. Гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Общие заболевания: хронический гастрит.

Менструации с 12 лет, цикл установился сразу, были регулярные, умеренные менструации через 28 дней по 4-5 дней, около года назад менструации стали редкими, скудными, последняя менструация 7 месяцев назад. Состоит в зарегистрированном браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная, без контрацепции. Беременностей не было.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нормостенического телосложения, пониженного питания Рост 170 см, вес 56 кг. ИМТ=19,37 кг/см<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные, отмечается повышенная потливость. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 82 ударов в мин., температура тела 37,2°C.

Живот обычной формы, мягкий, безболезненный.

В зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев овоидный. Выделения из цервикального канала слизистые, умеренные, без запаха.

При влагалищном исследовании: тело матки в anteflexio-versio, нормальных размеров, плотное, ограничено подвижное, безболезненная. Придатки с обеих сторон незначительно увеличены, ограничено подвижные, болезненные при пальпации.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- выполнении разрезов на шейке матки на 2, 6 и 10 часах условного циферблата под контролем пальцев руки, введенных во влагалище и расположенных между головкой плода и шейкой матки
- надавливании указательным и средним пальцами руки, на которой лежит плод, на бугры верхней челюсти по обеим сторонам от носа, а средним пальцем руки, расположенной на спинке плода, на затылочный бугор для сгибания головки
- надавливании ассистентом над лоном для сгибания головки и поднятии врачом туловища плода к симфизу пациентки
- введении в ротик плода дистальной фаланги указательного пальца руки, на которой лежит плод, и нажатии на нижнюю челюсть с осторожным сгибанием головки плода

## **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- выполнении разрезов на шейке матки на 2, 6 и 10 часах условного циферблата под контролем пальцев руки, введенных во влагалище и расположенных между головкой плода и шейкой матки
- надавливании указательным и средним пальцами руки, на которой лежит плод, на бугры верхней челюсти по обеим сторонам от носа, а средним пальцем руки, расположенной на спинке плода, на затылочный бугор для сгибания головки
- надавливании ассистентом над лоном для сгибания головки и поднятии врачом туловища плода к симфизу пациентки
- введении в ротик плода дистальной фаланги указательного пальца руки, на которой лежит плод, и нажатии на нижнюю челюсть с осторожным сгибанием головки плода

## **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- выполнении разрезов на шейке матки на 2, 6 и 10 часах условного циферблата под контролем пальцев руки, введенных во влагалище и расположенных между головкой плода и шейкой матки
- надавливании указательным и средним пальцами руки, на которой лежит плод, на бугры верхней челюсти по обеим сторонам от носа, а средним пальцем руки, расположенной на спинке плода, на затылочный бугор для сгибания головки
- надавливании ассистентом над лоном для сгибания головки и поднятии врачом туловища плода к симфизу пациентки
- введении в ротик плода дистальной фаланги указательного пальца руки, на которой лежит плод, и нажатии на нижнюю челюсть с осторожным сгибанием головки плода

## **Диагноз**

**У данной пациентки имеется нарушение менструальной функции по типу**

- вторичной аменореи
- первичной аменореи
- альгодисменореи
- менометроррагии

### **Лечение пациентке следует проводить в условиях**

- хирургического стационара
- гинекологического стационара
- противотуберкулезного диспансера
- женской консультации

### **Фаза интенсивной терапии у данной пациентки направлена на**

- восстановление менструальной функции
- восстановление кислотно-основного состояния крови
- коррекцию микробиоциноза влагалища
- уничтожение популяции микобактерий туберкулеза

### **В основе этиотропного лечения заболевания у данной пациентки лежит применение ++\_\_\_\_\_++ препаратов**

- химиотерапевтических
- антипротозойных
- противовирусных
- антимикотических

### **Выбор режима терапии основывается на результатах**

- осмотра в зеркалах и ректо-вагинального исследования
- инструментальных методов обследования
- общеклинических анализов крови и мочи
- определения лекарственной устойчивости возбудителя

### **Показания к хирургическому лечению у данной пациентки могут возникнуть в случае**

- формирования тубовариального абсцесса
- длительной субфебрильной температуры тела
- сочетания с легочной формой туберкулеза
- отсутствия менструации в течение 6 месяцев и более

### **Для реабилитации данной пациентки показано проведение**

- гирудотерапии
- физиотерапии
- санаторно-курортного лечения
- гинекологического массажа

### **К специфической профилактике данного заболевания относят**

- употребление сбалансированного питания
- улучшение условий жизни и труда
- повышение резистентности организма
- введение вакцины в первые дни жизни

#### **К частому осложнению данного заболевания относят**

- употребление сбалансированного питания
- улучшение условий жизни и труда
- повышение резистентности организма
- введение вакцины в первые дни жизни

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Пациентка 29 лет обратилась в приемный покой гинекологического стационара.

#### **Жалобы**

На тянущие боли внизу живота, больше слева, на периодическое повышение температуры до 37,7°C, слабость, снижение аппетита.

#### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение недели, когда возникли вышеперечисленные жалобы, которые постепенно нарастают в динамике.

#### **Анамнез жизни**

Родилась доношенной от молодых здоровых родителей. В детстве перенесла ветряную оспу, респираторные заболевания. Наследственность не отягощена. Операции, травмы, гемотрансфузии отрицает. Гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Общие заболевания: отрицает. Менструации с 14 лет, регулярные, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Первый день последней менструации 7 дней назад. Состоит в зарегистрированном браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная, без контрацепции. Периодически отмечает болезненность при половых сношениях. В анамнезе три беременности: две первые закончились срочными родами, без осложнений, третья беременность закончилась один год назад искусственным абортом, осложненным воспалительным заболеванием органов малого таза.

#### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, температура тела 37,2°C. АД — 120/80 мм.рт.ст. Пульс 82 в мин., удовлетворительных свойств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки не изменены, бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный, выделения гнойные, умеренные, без запаха.

При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала сомкнут. Тело матки в anteflexio-versio, нормальных размеров, плотное, ограничено в подвижности, умеренно болезненное. Справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 7×6 см с четкими контурами, тугоэластической консистенции, ограничено подвижное, болезненное при пальпации. Своды свободные.

#### **Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- употребление сбалансированного питания
- улучшение условий жизни и труда
- повышение резистентности организма
- введение вакцины в первые дни жизни

#### **Результаты лабораторного метода обследования**

#### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- употребление сбалансированного питания
- улучшение условий жизни и труда
- повышение резистентности организма
- введение вакцины в первые дни жизни

#### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- употребление сбалансированного питания
- улучшение условий жизни и труда
- повышение резистентности организма
- введение вакцины в первые дни жизни

#### **Диагноз**

**У данной пациентки боли внизу живота обусловлены**

- гемаперитонеумом в связи с прервавшимся трубным выкидышем
- имбибицией клетчаточных пространств таза
- течением воспалительного процесса
- ишемией тканей на фоне перекрута новообразования яичника

**Тактика врача приемного покоя в отношении данной пациентки заключается в**

- консультировании врачом-инфекционистом
- неотложной госпитализации в гинекологическое отделение
- назначении противовоспалительной терапии
- направлении в женскую консультацию для амбулаторного лечения

**На данном этапе пациентке показано ++ \_\_\_\_\_ ++ лечение**

- консервативное
- симптоматическое
- редуccionное
- хирургическое

**Оптимальным объемом оперативного вмешательства у данной пациентки является**

- туботомия, эвакуация гнойного содержимого с оставлением пиогенной капсулы
- экстирпация матки с придатками
- аднексэктомия на стороне поражения, санация и дренирование брюшной полости
- ампутация тела матки с трубами

**Адекватным хирургическим пособием в данной клинической ситуации служит**

- гистероскопия
- лапаротомия
- лапароскопия
- влагалищный доступ

**Обязательным компонентом медикаментозного лечения в данной клинической ситуации является ++ \_\_\_\_\_ ++ терапия**

- антибактериальная
- гипотензивная
- гормональная

- противорвотная

### **Физиотерапевтическое лечение пациентке показано при**

- постгоспитальной реабилитации острого процесса
- тубо-овариальном абсцессе
- остром сальпингоофорите
- обострении хронического сальпингоофорита

### **Воспалительные заболевания органов малого таза распространяются интраканаликулярно и начинаются с**

- сальпингита
- параметрита
- эндометрита
- аднексита

### **Профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза включает**

- сальпингита
- параметрита
- эндометрита
- аднексита

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная 17 лет поступила в приемный покой стационара.

### **Жалобы**

На резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, диарею до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, слабость, недомогание.

### **Анамнез заболевания**

Заболела остро на пятый день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

### **Анамнез жизни**

- \* в браке не состоит;
- \* половая жизнь регулярная, без контрацепции;
- \* в течение последнего месяца имела несколько половых партнёров;
- \* последняя менструация в срок, прошла обычно.

### **Объективный статус**

При осмотре занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Эмоционально лабильна. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 128 ударов в мин., температура тела 38,9°C. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает; резко болезненный.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- сальпингита
- параметрита
- эндометрита
- аднексита

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- сальпингита
- параметрита
- эндометрита
- аднексита

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- сальпингита
- параметрита
- эндометрита
- аднексита

### **Диагноз**

**Нарастание клинической симптоматики в ++ \_\_\_\_\_ ++ фазу менструального цикла характерно для данного заболевания**

- раннюю фолликулярную
- позднюю лютеиновую
- десквамационную
- среднюю секреторную

**Тактика ведения данной пациентки заключается в**

- амбулаторном наблюдении и лечении в условиях женской консультации
- пребывании в дневном стационаре и назначении противовоспалительной терапии
- госпитализации в круглосуточный стационар и экстренном оперативном вмешательстве
- наблюдении в приемном покое и консультировании со смежными специалистами

**Оптимальным доступом к оперативному вмешательству, в данном случае, является**

- доступ Волковича-Дьяконова
- лапароскопический доступ
- верхнесрединная лапаротомия
- влагалищный доступ

**Оптимальным объемом оперативного вмешательства, в данном случае, является**

- ампутация тела матки с трубами
- экстирпация матки с придатками
- туботомия, эвакуация гнойного содержимого с оставлением пиогенной капсулы
- аднексэктомия на стороне поражения, санация и дренирование брюшной полости

**Медикаментозное лечение у данной пациентки включает ++ \_\_\_\_\_ ++ терапию**

- иммуностимулирующую
- противовирусную
- антибактериальную
- гормоно-заместительную

**Антибиотиками выбора при гонококковом пельвиоперитоните являются**

- цефалоспорины III поколения
- фторхинолоны IV поколения

- полусинтетические пенициллины
- тетрациклины

**Общая продолжительность антибактериальной терапии при гонококковом перитоните должна составлять не менее ++ \_\_\_\_\_ ++ дней**

- 3
- 10
- 7
- 14

**Наиболее эффективным методом преодоления бесплодия у пациенток, перенесших тубэктомия, является**

- суррогатное материнство
- психотерапевтическое лечение
- гормональная терапия
- экстракорпоральное оплодотворение

**Методом контрацепции, способствующим защите от инфекций, передающихся половым путем, является**

- суррогатное материнство
- психотерапевтическое лечение
- гормональная терапия
- экстракорпоральное оплодотворение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная А., 29 лет обратилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 26-27 недель.

### **Жалобы**

На отеки нижних конечностей, а также кистей возникших 1 неделю назад.

### **Анамнез заболевания**

Пациентке от второй беременности предстоят первые роды. Первая беременность в 2016 году – медикаментозное прерывание беременности в сроке 5-6 недель, без осложнений. Данная беременность наступила самостоятельно. На диспансерном учете с 9 недель гестации.

11-12 недель – проведен ультразвуковой скрининг 1 триместра – норма.

Биохимический скрининг – без особенностей.

13-14 недель – уровень гликемии натощак 5,3 ммоль/л, со слов пациентки, накануне диеты не соблюдала.

21-22 недели - проведен ультразвуковой скрининг 2 триместра – норма.

В 24 недели – на приеме однократно зафиксирован подъем АД 140/80 мм.рт.ст. Головной боли не было. Дома при проведении самоконтроля за последние 2 недели отмечала подъемы АД до 150/90 мм.рт.ст. за медицинской помощью обратилась только через неделю после присоединения отеков.

### **Анамнез жизни**

Родилась доношенным ребенком, массой 2700 г, в семье молодых родителей. Росла и развивалась по возрасту. Перенесенные детские заболевания – ветряная оспа в 2 года. Наследственность отягощена гипертонической болезнью у матери и бабушки по материнской линии, у отца – сахарный диабет 2 типа, инсулиннезависимый. Туберкулез, в том числе контакт, гепатиты А, В, С, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Травмы и операции отрицает. Аллергические реакции на лекарства отрицает. Хронические заболевания: хронический пиелонефрит, ремиссия; варикозная болезнь вен нижних конечностей. До беременности повышения артериального давления не отмечала. Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, менструальный цикл 30-40 дней, по 5-8 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет. Брак 1, зарегистрированный; прегравидарная подготовка не проводилась. Муж обследован, здоров, 32 года. Вредные привычки отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Питание повышенное. Рост 164 см, вес 96 кг, ИМТ = 35,7 кг/м<sup>2</sup>. Масса тела до беременности 81 кг. ИМТ до беременности составлял 30,11 кг/м<sup>2</sup>. Общая прибавка в весе 15 кг. АД правая рука 140/90 мм.рт.ст., левая рука 145/90 мм.рт.ст, пульс 84 уд. в минуту, ЧДД 18 ударов в минуту. Головной боли нет, зрение ясное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски и нормальной влажности. Отмечаются отеки голеней, кистей рук. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, не вздут, увеличен за счет беременной матки. Высота дна матки 28 см, Окружность живота 117 см. Симптом поколачивания в области проекции почек с обеих сторон отрицательный. Стул в норме. Диурез достаточный.

В зеркалах: Слизистые влагалища и шейки матки не изменены. Наружный зев округлый. Выделения слизистые, умеренные, без запаха.

**Необходимыми лабораторными обследованиями в данной клинической ситуации являются**

- суррогатное материнство
- психотерапевтическое лечение
- гормональная терапия
- экстракорпоральное оплодотворение

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым инструментальным методам обследования данной пациентки следует отнести**

- суррогатное материнство
- психотерапевтическое лечение
- гормональная терапия
- экстракорпоральное оплодотворение

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Гипертензивное состояние при беременности у данной пациентки обусловлено**

- умеренной преэклампсией
- хронической артериальной гипертензией
- гестационной артериальной гипертензией
- гипертонической болезнью

**Нарушение углеводного обмена у пациентки обусловлено**

- сахарным диабетом 2 типа
- гестационным сахарным диабетом
- нарушением толерантности к глюкозе
- манифестным диабетом

**Препаратом выбора для лечения гестационной артериальной гипертензии у данной пациентки будет являться**

- метилдопа
- небиволол
- лозартан
- каптоприл

**Артериальное давление 150/90 мм. рт. ст. , зарегистрированное пациенткой при самоконтроле в домашних условиях, согласно классификации степеней повышения артериального давления при беременности, относится к \_\_\_\_\_ артериальной гипертензии**

- легкой
- умеренной
- тяжелой
- высокой

**Общая прибавка в весе за весь период беременности у пациентки должна находиться в цифровом коридоре ++ \_\_\_\_\_ ++ кг**

- 10,0 – 14,0
- 11,5 – 16,0
- 10,5 – 15,0
- 5,0 – 9,0

**При проведении пациенткой самоконтроля уровня гликемии натощак целевым показателем является уровень менее ++ \_\_\_\_\_ ++ ммоль/л**

- 5,3
- 5,1
- 5,2
- 5,4

**С учетом полученных данные клинко-лабораторного обследования Вы рекомендовали данной пациентке**

- физиотерапию
- кинезиотерапию
- диетотерапию
- инсулинотерапию

**Начальная суточная доза метилдопа у данной пациентки составляет ++ \_\_\_\_\_ ++ мг/сут**

- 1000
- 500
- 250
- 750

**Преэклампсия – специфичный для беременности синдром, развивающийся после 20-й недели беременности, характеризующийся повышением АД и протеинурией более или равной ++ \_\_\_\_\_ ++ г/сут**

- 0,5
- 0,3
- 0,4

- 0,6

**В соответствии с классификацией лекарственных препаратов по безопасности для плода (FDA, США, 2002) метилдопа относится к категории**

- 0,5
- 0,3
- 0,4
- 0,6

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к акушеру гинекологу обратилась пациентка 17 лет.

### **Жалобы**

На задержку менструации, множественные папулезные высыпания на лице, груди, плечах, спине.

### **Анамнез заболевания**

Последние месячные 15 июня 2019 года, в день консультативного приема - 123 день менструального цикла. Отмечает прибавку в весе в течение 1 года на 13 кг. На фоне прибавки веса появились розовые стрии на животе, внутренней поверхности бедер, груди, а также головные боли, утомляемость, повышение АД до 140/90 мм.рт.ст.

### **Анамнез жизни**

Девочка родилась доношенной, массой 2300гр. от вторых оперативных родов в сроке 37-38 недель на фоне преэклампсии средней тяжести (АД 140/100) и синдрома задержки внутриутробного роста плода II ст. С 3 лет у пациентки избыточная масса тела. Вес увеличивался постепенно, диету не соблюдала. Семейный анамнез: у отца и матери – артериальная гипертензия, ожирение. Травмы, операции отрицает. Аллергических реакций на лекарства не было. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает. Хронические заболевания – хронический гастрит, ремиссия. Гинекологический анамнез: Менархе в 14 лет, по 5-6 дней через 45-90 дней. Менструации умеренные, безболезненные. Половой жизнью живет с 16 лет. Не замужем. Контрацепцию не применяет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Питание повышенное, рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ =  $34,5 \text{ кг/м}^2$ , распределение подкожной жировой клетчатки равномерное.

Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются высыпания (акне) на лице, груди, плечах и спине, а также стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер. Оволосение по женскому типу, с избыточным ростом стержневых волос на внутренней поверхности бедер. Окружность талии 96 см. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул, диурез в норме.

Осмотр на кресле:

Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Оволосение по женскому типу, 4 балла. В зеркалах: Слизистые влагалища и шейки матки не изменены. Выделения слизистые.

Влагалищное исследование: Тело матки в anteflexio, versio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненны. Своды свободны.

При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,3 ммоль/л в венозной крови. При проведении УЗИ органов малого таза выявлено - увеличение объемов яичников до 13,5 и 18,7 см<sup>3</sup>, гипоплазия тела матки 1 степени.

**Необходимыми для постановки диагноза данной пациентке лабораторными методами исследования являются**

- 0,5
- 0,3
- 0,4
- 0,6

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для постановки диагноза пациентке следует провести**

- 0,5
- 0,3
- 0,4
- 0,6

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- 0,5
- 0,3
- 0,4

- 0,6

## **Диагноз**

**Предполагаемым сопутствующим заболеванием в данной клинической ситуации является**

- сахарный диабет 2 типа
- избыточная масса тела
- нарушение гликемии натощак
- конституциональное ожирение

**Для лечения пациентки в качестве первой линии терапии следует назначить**

- антагонист альдостероновых рецепторов
- комбинированный оральная контрацептив
- селективный модулятор прогестероновых рецепторов
- пероральный сахаропонижающий препарат

**Оптимальным гестагеном в структуре комбинированных гормональных контрацептивов будет являться**

- левоноргестрел
- норгестимат
- дроспиренон
- диеногест

**Основным критерием диагностики метаболического синдрома у данной пациентки является**

- абдоминальный тип ожирения
- нарушение проводимости миокарда
- повышение уровня тестостерона
- снижение уровня прогестерона

**Нарушение углеводного обмена у пациентки, выявленное по данным клинико-лабораторного обследования, следует отнести к**

- стероидному несахарному диабету
- нарушенной толерантности к глюкозе
- нарушенной гликемии натощак
- сахарному диабету второго типа

**В случае индивидуальной непереносимости комбинированных гормональных контрацептивов следует назначить данной пациентке**

- метформин
- бисопролол
- глюкофаж
- олистрад

**Показатель ИМТ=34,5 кг/м<sup>2</sup> у пациентки следует расценить как ожирение ++ \_\_\_\_\_ ++ степени**

- 2
- 1
- 0
- 4

**Учитывая ожирение 1 степени у данной пациентки, риск сопутствующих заболеваний будет**

- умеренным
- очень высоким
- повышенным
- высоким

**Глютеофеморальное ожирение характеризуется преимущественным отложением жира на**

- умеренным
- очень высоким
- повышенным
- высоким

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием обратилась пациентка 36 лет.

### **Жалобы**

На отсутствие беременности в течении 4 лет при регулярной половой жизни без контрацепции, увеличение массы тела в течение последних двух лет на 8 кг.

### **Анамнез заболевания**

В течение 4 лет отмечает задержки менструации до 45-90 дней на фоне прибавки массы тела.

Акушерский анамнез: Первая беременность в 29 лет, наступила самостоятельно, через 2 года регулярной половой жизни. В сроке 17-18 недель

сформировалась истмико-цервикальная недостаточность, пролабирование плодного пузыря. В 19-20 недель произошло преждевременное излитие околоплодных вод. Поздний самопроизвольный выкидыш, плодом мужского пола массой 218 гр. В течение 5 лет с целью контрацепции принимала комбинированный оральный контрацептив. В течение последних 2 лет от беременности не предохраняется и при регулярной половой жизни беременность не наступает. Муж обследован, здоров. Спермограмму сдал 5 дней назад – нормоспермия.

### **Анамнез жизни**

Родилась доношенным ребенком от 1 срочных родов, масса при рождении 2790 гр, рост 52см. Беременность матери протекала на фоне артериальной гипертензии, отекающего синдрома. С 3 лет у пациентки избыточная масса тела. Наследственность: мама, отец, старшая сестра имеют ожирение, артериальная гипертония у обоих родителей. Травмы, операции отрицает. Хронические заболевания отрицает. Вредные привычки отрицает; Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, цикл установился в течение полугода, по 5 дней, через 30-60 дней, умеренные, безболезненные; половая жизнь с 18 лет, в браке с 25 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Питание повышенное. Масса тела – 88,5 кг, рост – 165 см, ИМТ - 32,5кг/см<sup>2</sup>. Объем талии 91 см. Объем бедер 110 см. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски и нормальной влажности. На передней брюшной стенке, внутренней поверхности бедер, предплечий и плеча визуализируются светло-розовые стрии. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 135/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул в норме. Диурез достаточный. Осмотр на кресле: Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Оволосение по женскому типу, 4 балла. В зеркалах: Слизистые влагалища и шейки матки не изменены. Выделения слизистые. Влагалищное исследование: Тело матки в anteflexio, versio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненны. Своды свободны.

**Для оценки овариального резерва у пациентки следует провести определение ++ \_\_\_\_\_ ++ гормона в крови**

- умеренным
- очень высоким
- повышенным
- высоким

### **Результаты**

**Для оценки наличия овуляции у пациентки следует провести**

- умеренным
- очень высоким
- повышенным
- высоким

### **Результаты**

**Для установления причин бесплодия у пациентки дополнительно показано проведение**

- умеренным
- очень высоким
- повышенным
- высоким

### **Результаты**

**Для оценки причины нарушения овуляции следует провести пациентке исследование уровня**

- умеренным
- очень высоким
- повышенным
- высоким

### **Результаты**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Женское бесплодие**

- умеренным
- очень высоким
- повышенным
- высоким

## Диагноз

По классификации ВОЗ тип нарушения овуляции у данной пациентки с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) относится к группе

- II: нормогонадотропной нормоэстрогенной ановуляции
- I: гипогонадотропной гипоэстрогенной ановуляции
- III: гипергонадотропной гипоэстрогенной ановуляции
- IV: гиперпролактинемической ановуляции

Сопутствующий диагноз у данной пациентки: Ожирение ++\_\_\_\_++ степени

- 4
- 3
- 2
- 1

Первой линией лечения бесплодия у данной пациентки будет являться

- экстракорпоральное оплодотворение
- применение гонадотропинов
- лапароскопия, дреллинг яичников
- использование кломифена

Гормональная поддержка лютеиновой фазы менструального цикла микронизированным прогестероном проводится на ++\_\_\_\_\_++ день цикла

- 17 - 26
- 10 - 26
- 14 - 26
- 5 - 25

В случае применения у пациентки вспомогательных репродуктивных технологий для предотвращения синдрома гиперстимуляции яичников в качестве адъювантной терапии показан

- овитрель
- метформин
- сибутрамин
- гонадотропин

Наличие метаболического синдрома у пациентки можно диагностировать на основании увеличения

- объема талии
- гирсутного числа
- объема бедер
- индекса массы тела

**При овариальной стимуляции яичников в программах ЭКО получено 13 ооцитов, это является ++ \_\_\_\_\_ ++ ответом яичников**

- объема талии
- гирсутного числа
- объема бедер
- индекса массы тела

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 29 лет обратилась на прием к врачу акушер-гинекологу

### **Жалобы**

На отсутствие беременности в течении четырех лет при регулярной половой жизни в браке, задержки менструаций до 60 дней, значительное увеличение массы тела после начала половой жизни.

### **Анамнез заболевания**

Впервые обратилась на прием к врачу акушеру-гинекологу год назад с жалобами на отсутствие беременности при регулярной половой жизни в браке в течение трех лет. С началом половой жизни отмечает увеличение массы тела, поправилась на 15 кг.

### **Анамнез жизни**

- \* родилась доношенной в семье молодых родителей. Масса при рождении 3500 гр. Росла и развивалась по возрасту;
- \* туберкулез, гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает;
- \* травмы, операции отрицает;
- \* лекарственную непереносимость отрицает;
- \* гемотрансфузии не проводились;
- \* наследственность: у матери СД 2 типа;
- \* хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия; хронический панкреатит, ремиссия;
- \* менструальная функция: менархе с 13 лет, установились сразу. Длительность менструального цикла 45-60 дней, продолжительность 7 дней, умеренные, безболезненные. Последние менструации с 13.05. по 18.05 этого года;

- \* половая жизнь с 19 лет;
- \* брак 1, зарегистрированный. Беременностей не было.
- \* Муж обследован, здоров. Спермограмму обследован 10 дней назад – нормозооспермия.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 101,5 кг, рост – 164 см. ИМТ -37,7. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски и нормальной влажности. Отмечается рост терминальных волос по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Стул в норме. Диурез достаточный. Влагалищное исследование.

Осмотр шейки матки в зеркалах: Слизистые влагалища и шейки матки не изменены. Шейка матки коническая, наружный зев округлый. Выделения слизистые, умеренные. Бимануальное влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, плотная, длиной 2,0 см. Тело матки плотное, подвижное, обычных размеров, безболезненное. Яичники несколько увеличены в размерах до 4,0 x 4,5 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные Своды свободные. Патологических образований в малом тазу нет.

### **С целью постановки диагноза при физикальном обследовании данной пациентки следует**

- объема талии
- гирсутного числа
- объема бедер
- индекса массы тела

### **Результаты**

#### **К лабораторным тестам для уточнения диагноза пациентки следует отнести исследование**

- объема талии
- гирсутного числа
- объема бедер
- индекса массы тела

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым инструментальным методам обследования пациентки для постановки диагноза следует отнести**

- объема талии
- гирсутного числа
- объема бедер
- индекса массы тела

**Результаты инструментального метода обследования**

**На основании жалоб, анамнеза, данных клинико-лабораторного и инструментального обследования можно поставить пациентке диагноз: Ожирение II степени. Женское бесплодие связанное с**

- объема талии
- гирсутного числа
- объема бедер
- индекса массы тела

**Диагноз**

**Во время физикального обследования объем талии составил – 101 см. Поскольку Ваша пациентка принадлежит к европеоидной расе, объем ее талии не должен превышать +\_\_\_\_\_+ сантиметров**

- 88
- 75
- 90
- 80

**На основании антропометрических показателей данной пациентки расчет ее индекса массы тела составил  $ИМТ=37,7 \text{ кг/м}^2$ . Следует расценить его как ожирение ++\_\_\_\_\_++ степени**

- второй
- третьей
- первой
- четвертой

**Выявление у данной пациентки во ходе объективного обследования ++\_\_\_\_\_++ является критерием диагностики метаболического синдрома**

- увеличения окружности талии

- черного акантоза
- увеличения гирсутного числа
- хронической ановуляции

**Учитывая заинтересованность пациентки в беременности, в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия нужно назначить**

- менопаузальный гонадотропин человека
- дидрогестерон
- кломифена цитрат
- фоллитропин Бета

**Для лечения ожирения следует рекомендовать пациентке**

- терапевтическую модификацию образа жизни
- гипогликемические лекарственные препараты
- ингибиторы альфа-глюкозидазы
- препараты для снижения уровня холестерина в крови

**После проведенной с пациенткой беседы следует рекомендовать ей среднюю калорийность рациона для поддержания энергетического баланса, которая должна составлять для нее ++ \_\_\_\_\_ ++ ккалорий в сутки**

- 1100-1100
- 1200–1500
- 1500-1600
- 1700-1800

**Для предотвращения синдрома гиперстимуляции яичников в случае применения у пациентки вспомогательных репродуктивных технологий применение метформина**

- по желанию пациентки
- противопоказано
- не рекомендуется
- рекомендуется

**В качестве терапии первой линии для купирования таких симптомов заболевания, как нарушение менструального цикла, гирсутизм и акне, пациентам следует рекомендовать**

- по желанию пациентки
- противопоказано
- не рекомендуется

- рекомендуется

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

К врачу ЖК на прием обратилась первобеременная 29 лет в сроке беременности 35-36 недель.

### **Жалобы**

На данный момент активных жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Со слов, утром при самостоятельном измерении АД в домашних условиях впервые отметила эпизод повышения АД до 140/90 мм рт. ст. в связи с чем приехала на прием.

### **Анамнез жизни**

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, корь. Хронические заболевания: отрицает.

Наследственность: не отягощена

Гинекологический анамнез: отрицает.

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

\* I триместр – токсикоз легкой степени, скрининг 1-го триместра – в норме,

\* II триместр: без особенностей, скрининг 2-го триместра- в норме.

\* III триместр: в 35 недель –отметила повышение АД до 140/90 мм. рт.ст. при самостоятельном измерении дома. Общая прибавка массы тела за беременность 11 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170. Вес 78. ИМТ 27. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. При измерении АД 132/87 мм рт. ст. Ps 84 уд/мин. Матка при пальпации невозбудима, безболезненна. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 132-147 уд/мин. Отеков нет.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно.

Оволосение по женскому типу. P.V.: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода – над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Наиболее точным методом диагностики для подтверждения артериальной гипертензии у данной пациентки является**

- по желанию пациентки
- противопоказано
- не рекомендуется
- рекомендуется

### **Результаты обследования**

**Следующим этапом для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния, в данном случае, является определение**

- по желанию пациентки
- противопоказано
- не рекомендуется
- рекомендуется

### **Результаты обследования**

**После получения результатов клинико-лабораторного обследования данной пациентке можно поставить диагноз: Беременность 35-36 недель. Головное предлежание**

- по желанию пациентки
- противопоказано
- не рекомендуется
- рекомендуется

### **Диагноз**

**Для верификации диагноза и подбора схемы антигипертензивной терапии данной пациентке необходима консультация**

- невролога
- терапевта
- офтальмолога
- кардиолога

**Учитывая общее состояние, клиническую картину у данной пациентки, наиболее обоснованной тактикой ведения является**

- кесарево сечение в плановом порядке
- кесарево сечение в экстренном порядке
- начало преиндукции родов в 37 недель беременности
- амбулаторное наблюдение

**При повторном измерении АД 142/94 мм рт. ст., следует принять решение, что для быстрого купирования эпизода артериальной гипертензии данной пациентке показан**

- нифедипин
- индапамид
- бисопролол
- препарат метилдопы

**Учитывая поставленный диагноз, данной пациентке необходимо назначение плановой антигипертензивной терапии. Препаратом первой линии для плановой терапии артериальной гипертензии в данном случае является**

- бисопролол
- метилдопа
- лабеталол
- магния сульфат

**В сроке 39 недель беременности, на фоне назначенной терапии отмечаются эпизоды артериальной гипертензии (максимальные значения АД 147/96 мм рт. ст.), что является показанием для госпитализации данной пациентки в**

- отделение анестезиологии и реанимации
- отделение патологии беременности
- родильно-операционное отделение
- терапевтическое отделение

**Учитывая нестабильные показатели АД на фоне проводимой антигипертензивной терапии, наиболее обоснованной тактикой в данном случае является**

- преиндукция родов
- плановое кесарево сечение в 40 недель
- амниотомия в сроке 40 недель 4 дня
- выжидательная тактика и смена антигипертензивной терапии

**После приема мифепристона у пациентки развилась родовая деятельность. При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечения у данной пациентки необходимо использовать**

- карбетоцин
- метилэргометрин
- окситоцин
- мизопростол

Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты начиная с +\_\_\_+ недель беременности

- 28
- 20
- 8
- 12

Дополнительным диагностическим инструментом для дифференциальной диагностики гипертензивного расстройства беременности у данной пациентки является определение

- 28
- 20
- 8
- 12

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение родильного стационара обратилась повторнобеременная 45 лет в сроке беременности 40 недель.

### Жалобы

На головную боль, боли в эпигастрии.

### Анамнез заболевания

Выше отмеченные жалобы появились накануне вечером. При самостоятельном измерении АД в домашних условиях отметила эпизод повышения АД до 155/95 мм рт. ст. С 36-летнего возраста отмечались подъемы АД максимально до 160/110 мм рт. ст. У терапевта не наблюдалась.

### Анамнез жизни

- \* Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, корь. Хронические заболевания: хроническая артериальная гипертензия, у терапевта не наблюдается, антигипертензивные препараты не принимает.
- \* Наследственность: у матери – хроническая артериальная гипертензия.
- \* Вредные привычки: курит до 10 сигарет в день.
- \* Гинекологический анамнез: не отягощен.
- \* Акушерский анамнез: 1 беременность в 37 лет – преждевременные оперативные роды в 36 недель. Показания: ухудшение состояния плода по

данным КТГ и доплерометрии. Родился мальчик массой 2370 г, длиной 43 см, оценка состояния по шкале Апгар 6/7 баллов.

\* Особенности течения 1 беременности: с 35 недель отмечались эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт. ст. Суточная протеинурия со слов 1 г/л. Антигипертензивную терапию не получала.

\* 2 беременность – данная, наступила самопроизвольно.

\* Течение настоящей беременности: I триместр – токсикоз легкой степени, скрининг 1-го триместра – в норме, II триместр: без особенностей, скрининг 2-го триместра- в норме. III триместр: в 40 недель – отметила повышение АД до 155/95 мм. рт. ст. при самостоятельном измерении АД дома. Общая прибавка массы тела за беременность 11 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 162. Вес 84. ИМТ 31. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Матка при пальпации возбудима, безболезненна. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 132-147 уд/мин. Отеки голеней и стоп.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. P.V.: шейка матки отклонена кзади, длиной 2 см, умеренно размягчена. Наружный зев пропускает кончик пальца. Через влагалищные своды определяется головка плода – прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Учитывая жалобы и данные анамнеза, для установления тяжести состояния и предварительного диагноза в первую очередь в приемном покое необходимо провести измерение**

- 28
- 20
- 8
- 12

### **Результаты обследования**

**Для стабилизации состояния и дообследования данной пациентке показана госпитализация в отделение**

- родильное наблюдательное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**В данной ситуации необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- родильное наблюдение
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- родильное наблюдение
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**Результаты инструментального метода обследования**

**Учитывая жалобы, данные анамнеза и клинико-лабораторного обследования, в данной ситуации можно выставить основной диагноз: Беременность 40 недель. Головное предлежание. Рубец на матке после операции кесарево сечение. Задержка роста плода и**

- родильное наблюдение
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**Диагноз**

**Критерием назначения антигипертензивной терапии у данной пациентки с артериальной гипертензией является**

- суточная протеинурия  $\geq 0,3$  г/л
- присоединение отеков
- соотношение маркеров преэклампсии  $>80$
- АД 163/100 мм рт.ст.

**Учитывая высокие цифры АД, для быстрого купирования эпизода артериальной гипертензии в данной ситуации следует назначить пациентке**

- бисопролол

- нифедипин
- метопролол
- пропранолол

**После дообследования и постановки правильного диагноза необходимо принять решение о необходимости терапии, направленной на профилактику судорожного синдрома, и назначить**

- магния сульфат
- препарат медилдопы
- бисопролол
- лабеталол

**Методом родоразрешения данной пациентки является**

- кесарево сечение в плановом порядке
- самопроизвольные роды после преиндукции
- кесарево сечение в экстренном порядке
- кесарево сечение в срочном порядке

**Для профилактики кровотечения при родоразрешении в данном случае необходимо использовать**

- метилэргометрин
- мизопростол
- карбетоцин
- окситоцин

**Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты, начиная с +\_\_\_+ недель беременности**

- 24
- 12
- 8
- 19

**Для оценки прогрессирования тяжести преэклампсии в данной ситуации необходимо дополнить обследование определением**

- 24
- 12
- 8

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Беременная 37 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение перинатального центра. Срок беременности 28 недель 3 дня.

### Жалобы

Госпитализирована с приема акушера-гинеколога из ЖК. На амбулаторном приеме отмечено повышение артериального давления до 165/110 мм рт.ст.

### Анамнез заболевания

С 26 лет страдает хронической артериальной гипертензией, постоянной антигипертензивной терапии не получает. АД обычно в пределах 150/110 мм рт.ст., при снижении АД менее 140/100 мм рт.ст. отмечала головные боли, ухудшение самочувствия, в то время как повышение АД более 150/110 мм рт.ст. не сопровождается изменением самочувствия, головными болями.

### Анамнез жизни

\* Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, корь. Хронические заболевания: хроническая артериальная гипертензия.

\* Наследственность: не отягощена

\* Гинекологический анамнез: со слов пациентки - не отягощен.

\* Акушерский анамнез:

I беременность – своевременные самопроизвольные роды, мальчик 2800 граммов, 53 см, умер в течение первых суток жизни, причина не выявлена, послеродовой период протекал без осложнений;

II беременность – своевременные самопроизвольные роды, девочка 3600 граммов, 53 см, здорова, послеродовой период протекал без осложнений;

III беременность – самопроизвольный выкидыш в 7 недель, выскабливание не проводилось

IV беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 32 недели, интранатальная гибель плода, 1530 граммов, причина не выявлена, вскрытие не проводили, послеродовой период протекал без осложнений. С 30 недель - преэклампсия;

V беременность – данная, наступила самопроизвольно.

### Объективный статус

Состояние пациентки тяжелое. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 82, АД 165\110 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен за счет беременной матки,

безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки лица, кистей, голени и стоп.

**Учитывая жалобы, данные анамнеза и тяжесть состояния, для дообследования и стабилизации состояния данную пациентку необходимо госпитализировать в отделение**

- родильное физиологическое
- отделение невынашивания беременности
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Необходимыми для постановки диагноза у данной пациентки лабораторными методами исследования являются**

- родильное физиологическое
- отделение невынашивания беременности
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения данной пациентки является**

- родильное физиологическое
- отделение невынашивания беременности
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Результаты инструментального метода обследования**

**Данной пациентке можно выставить основной диагноз: Беременность 28 недель 3 дня. Головное предлежание. Маловодие и**

- родильное физиологическое
- отделение невынашивания беременности
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Диагноз**

**Для назначения базовой антигипертензивной терапии данной пациентке необходима консультация**

- терапевта
- психотерапевта
- физиотерапевта
- общего хирурга

**Данной пациентке с АД 163/100 мм рт. ст., измеренном в приемном покое, в первую очередь следует назначить введение**

- низкомолекулярного гепарина
- b-блокатора
- диуретика
- магния сульфата

**Оптимальная тактика ведения данной пациентки состоит в**

- плановой индукции родов в течение последующей недели
- оперативном родоразрешении в срочном порядке
- пролонгировании беременности до срока 34 недели
- оперативном родоразрешении в экстренном порядке

**Препаратом первой линии для плановой терапии артериальной гипертензии у данной пациентки является**

- бисопролол
- метопролол
- фуросемид
- метилдопа

**С целью быстрого снижения уровня АД у данной пациентке назначен нифедипин в дозировке + \_\_\_\_ + мг**

- 40
- 20
- 5
- 10

**С целью профилактики кровотечения при оперативном родоразрешении данной пациентки разрешено использование**

- окситоцина
- метилэргометрина

- мизопростола
- карбетоцина

**У данной пациентки необходимо проведение профилактики РДС плода**

- дексаметазоном в/м по 12 мг с интервалом 24 часа
- преднизолоном таб по 30 мг с интервалом 12 часов
- дексаметазоном в/в по 8 мг с интервалом 8 часов
- бетаметазоном в/м по 12 мг с интервалом 2 часа

**Учитывая данные анамнеза, данной пациентке, для профилактики преэклампсии, в сроке беременности 12+0 недель необходимо было назначить прием**

- дексаметазоном в/м по 12 мг с интервалом 24 часа
- преднизолоном таб по 30 мг с интервалом 12 часов
- дексаметазоном в/в по 8 мг с интервалом 8 часов
- бетаметазоном в/м по 12 мг с интервалом 2 часа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой перинатального центра самотеком обратилась первобеременная 30 лет в сроке беременности 38 недель 5 дней.

### **Жалобы**

На отеки голеней, стоп и кистей рук. На амбулаторном приеме отмечено повышение АД до 145/90 мм рт.ст. По назначению врача ЖК однократно приняла таблетку нифедипина 10 мг, с положительным эффектом. Однако, через 6 часов при самостоятельном измерении АД в домашних условиях отметила уровень АД 140/85 мм рт.ст.

### **Анамнез заболевания**

Вышеотмеченное повышение АД выявлено впервые в жизни. В течение беременности целевые значения АД не превышали 130/85 мм рт.ст.

### **Анамнез жизни**

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, краснуха.

Хронические заболевания: отрицает.

Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в 62 года.

Гинекологические заболевания: отрицает.

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности: I триместр – без особенностей, скрининг 1-го триместра

– в норме, II триместр: без особенностей. ОГТТ в 26 недель беременности – в норме. Скрининг 2-го триместра- в норме. III триместр: в 38-39 недель – впервые отметила повышение АД до 145/90 мм. рт. ст. на приеме у врача ЖК. После однократного приема нифедипина снижения АД не отмечено. Общая прибавка массы тела за беременность 14 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168. Вес 96. ИМТ 34. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД 142/86 мм рт.ст. Ps 80 уд/мин. Матка при пальпации слегка возбудима, безболезненна. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 128-140 уд/мин. Отеки стоп, голеней, кистей рук.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. P.V.: шейка матки отклонена кзади, длиной 1,5 см, умеренно размягчена. Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода – прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Для дальнейшего дообследования и выбора тактики лечения госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- родильное наблюдение
- анестезиологии и реанимации
- родильное физиологическое
- патологии беременности

**Среди лабораторных методов обследования данной пациентке для постановки диагноза необходимо получить результат**

- родильное наблюдение
- анестезиологии и реанимации
- родильное физиологическое
- патологии беременности

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым лабораторным методом исследования для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния в данном случае является определение**

- родильное наблюдение
- анестезиологии и реанимации
- родильное физиологическое

- патологии беременности

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**После получения данных проведенного обследования данной пациентке можно выставить основной диагноз: Беременность 38 недель 5 дней.**

**Головное предлежание. Отеки беременных**

- родильное обсервационное
- анестезиологии и реанимации
- родильное физиологическое
- патологии беременности

### **Диагноз**

**Для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния у данной пациентки необходима консультация врача**

- терапевта
- общего хирурга
- нейрохирурга
- офтальмолога

**Критерием для начала антигипертензивной терапии у данной пациентки является**

- наличие отеков беременных
- АД 145/90 мм рт.ст.
- появление головных болей
- результат суточной протеинурии  $\geq 0,1$  г/л

**Данной пациентке врач приемного отделения в качестве препарата для быстрого купирования эпизода артериальной гипертензии назначил Лозартан по 25 мг внутрь.**

**Отменив данные назначения, Вы объясняете коллеге, что в данном случае препаратом выбора является**

- бисопролол
- магния сульфат
- нифедипин
- метилдопа

**После постановки диагноза было принято решение о необходимости базовой антигипертензивной терапии. Препаратом первой линии, в данном случае, является**

- нифедипин
- атенолол
- метилдопа
- метопролол

**Наиболее обоснованной тактикой ведения данной пациентки является**

- пролонгирование беременности
- преиндукция родов
- кесарево сечение в экстренном порядке
- кесарево сечение в срочном порядке

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечения у данной пациентки следует использовать**

- окситоцин
- метилэргометрин
- карбетоцин
- мизопростол

**Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты начиная с + \_\_\_+ недель беременности**

- 25
- 10
- 12
- 18

**Нередко, у пациенток с гестационной артериальной гипертензией отмечается присоединение протеинурии и развитие преэклампсии. Дополнительным диагностическим инструментом для дифференциальной диагностики гипертензивного расстройства беременности и оценки риска развития преэклампсии у данной пациентки явилось определение**

- 25
- 10
- 12
- 18

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На прием к врачу ЖК обратилась первобеременная 35 лет в сроке беременности 38 недель. Первая явка по беременности в РФ. АД при измерении в ЖК 150/90 мм рт.ст. Направлена машиной скорой помощи в приемное отделение перинатального центра.

### Жалобы

На отеки голеней и стоп.

### Анамнез заболевания

Отеки появились 4 недели назад. С 27 лет отмечала повышение АД до 140/90 мм рт.ст., наблюдалась у терапевта с диагнозом хроническая артериальная гипертензия, постоянную антигипертензивную терапию не получает. Длительное время проживала в другой стране, в связи с чем не имела возможности обследоваться. Во время беременности эпизоды повышения АД участились, по рекомендации подруги, ситуационно принимает нифедипин при повышении АД до уровня 140/90 мм рт.ст. Вернулась в Россию для подготовки к родоразрешению.

### Анамнез жизни

Соматический анамнез: Детские инфекции: краснуха.

Хронические заболевания: ожирение 4 степени, хроническая артериальная гипертензия.

Наследственность: у отца - гипертоническая болезнь, мать – СД 2 типа.

Гинекологический анамнез: отрицает.

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности: I триместр – токсикоз легкой степени. скрининг 1-го триместра – в норме, II триместр: без особенностей, с 24 недель- отмечает периодическое повышение АД до максимальных значения 145/90 мм рт.ст. (купирует нифедипином) по настоящий момент скрининг 2-го триместра- в норме. Общая прибавка массы тела за беременность 14 кг.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170. Вес 140. ИМТ 41. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В приемном покое АД 152/96 мм рт.ст. Ps 80 уд/мин. Матка при пальпации возбудима, безболезненна.

Предлежит головка плода – над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 135-147 уд/мин. Отеки стоп, голеней умеренные.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно.

Оволосение по женскому типу. P.V.: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода – над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**При решении о дообследовании и решении вопроса о дальнейшей тактике показана госпитализация данной пациентки в отделение**

- родильное физиологическое
- родильное обсервационное
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Для постановки диагноза у данной пациентки необходимо получить результат**

- родильное физиологическое
- родильное обсервационное
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Результаты обследования**

**Учитывая нестабильные показатели АД на фоне проводимой терапии, необходимо решить вопрос о смене антигипертензивной терапии. С этой целью следует назначить пациентке проведение**

- родильное физиологическое
- родильное обсервационное
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Результаты обследования**

**По результатам обследования пациентке можно выставить диагноз: Беременность 38 недель. Головное предлежание. Ожирение 4 степени и**

- родильное физиологическое
- родильное обсервационное
- патологии беременности
- анестезиологии и реанимации

**Диагноз**

**Для верификации диагноза и подбора антигипертензивной терапии данной пациентке необходима консультация**

- инфекциониста
- эндокринолога
- общего хирурга
- терапевта

**Из анамнеза известно, что пациентка со 2-го триместра ситуационно принимала антигипертензивный препарат. Однако, учитывая участвовавшие эпизоды артериальной гипертензии, принято решение о необходимости постоянной антигипертензивной терапии препаратом первой линии и назначении**

- индапамид
- амлодипин
- метилдопа
- бисопролол

**Критерием назначения антигипертензивной терапии у данной пациентки является**

- присоединение выраженных отеков
- АД 156/100 мм рт.ст.
- соотношение маркеров преэклампсии > 80
- суточная протеинурия  $\geq$  3г/л

**Максимальная суточная доза метилдопы, которую можно назначить данной пациентке равна + \_\_\_\_\_ + мг**

- 800
- 2000
- 3000
- 1000

**Учитывая результаты обследования, состояние пациентки и выставленный диагноз, принято решение, что на данном этапе наиболее оптимальной дальнейшей тактикой является**

- пролонгирование беременности до гестационного срока 40 недель
- преиндукция родов после стабилизации состояния
- проведение кесарева сечения в срочном порядке после стабилизации состояния
- экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения

Данной пациентке в родах врач родильного отделения в качестве профилактики кровотечения назначил метилэргометрин внутривенно. Отменив данные назначения, Вы объясняете коллеге, что с данной целью у пациентки разрешено применение

- мизопростола
- транексама
- карбетоцина
- окситоцина

Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой модификацию образа жизни, направленную на снижение массы тела и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты начиная с +\_\_\_+ недель беременности

- 10
- 28
- 12
- 24

Основным фактором, влияющим на необходимость приема ацетилсалициловой кислоты у данной пациентки в следующую беременность, будет являться

- 10
- 28
- 12
- 24

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение перинатального центра с поликлинического приема врача ЖК направлена первобеременная 32 лет в сроке беременности 36 недель.

### Жалобы

На отеки голеней и стоп.

### Анамнез заболевания

Вышеотмеченные жалобы появились неделю назад. Направлена на госпитализацию участковым акушером-гинекологом. На приеме впервые отмечено повышение АД до 143/90 мм рт.ст.

## **Анамнез жизни**

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, корь. Хронические заболевания: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Гинекологический анамнез: 10 лет назад – апоплексия правого яичника, болевая форма (медикаментозная терапия).

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

- \* I триместр – ОРВИ в 12 недель, без подъема Т тела, лечение народными средствами. Скрининг 1-го триместра – низкий риск хромосомных аномалий,
- \* II триместр: без особенностей, скрининг 2-го триместра- низкий риск.
- \* III триместр: с 30 недель – по данным клинического анализа крови – анемия беременных легкой степени, принимает мальтофер. С 35 недель отмечает появление отеков стоп, голеней. В 36 недель –на приеме в ЖК впервые зафиксировано повышение АД до 143/90 мм. рт.ст. Общая прибавка массы тела за беременность 12 кг.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168. Вес 85. ИМТ 30. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД 145/92 мм рт.ст. Ps 82 уд/мин. Матка при пальпации не возбудима, безболезненна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 138-150 уд/мин. Отеки стоп, голеней умеренные.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Р.В.: шейка матки отклонена кзади, длиной 2 см, плотноватая. Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода – над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Госпитализация данной пациентки для дообследования и назначения терапии должна быть осуществлена в отделение**

- родильное наблюдательное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**В данном случае необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- родильное наблюдательное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности

- родильное физиологическое

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Для постановки диагноза у данной пациентки необходимо получение результата**

- родильное обсервационное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

### **Результаты обследования**

**Учитывая вышеизложенные данные анамнеза и результаты клинико-лабораторного обследования, предполагаемым основным диагнозом в данной ситуации является: Беременность 36 недель. Головное предлежание. Анемия беременных легкой степени и**

- родильное обсервационное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

### **Диагноз**

**Данной пациентке консультация терапевта необходима для**

- проведения дифференциальной диагностики
- определения способа родоразрешения
- определения “второго мнения” по поводу назначения терапии
- оценки объективного статуса

**Учитывая показатели АД, для быстрого купирования эпизода гипертензии следует назначить нифедипин. Время наступления гипотензивного эффекта у данной пациентки ожидается через + \_\_\_\_\_ + мин**

- 60
- 120
- 30
- 80

**Данной пациентке врач отделения патологии беременности в качестве плановой терапии артериальной гипертензии назначил Моксонидин.**

**Отменив данные назначения, Вы объясняете коллеге, что препаратом выбора, в данном случае, является**

- индапамид
- метопролол
- метилдопа
- нифедипин

**Критерием назначения антигипертензивной терапии в данном клиническом случае является**

- присоединение отеков
- соотношение маркеров преэклампсии >80
- АД 145/92 мм рт.ст.
- нарушение кровотоков по данным УЗИ

**Учитывая вышеизложенные данные, оптимальной тактикой ведения данной пациентки является**

- пролонгирование беременности
- плановая индукция родов путем интрацервикального введения баллонного катетера Фолея
- плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения
- экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений у данной пациентки будет использоваться**

- мизопропростол
- метилэргометрин
- карбетоцин
- окситоцин

**С целью профилактики развития преэклампсии при следующей беременности данной пациентке необходимо рекомендовать применение**

- низкомолекулярного гепарина
- фолиевой кислоты в высокой дозировке
- ацетилсалициловой кислоты
- блокатора кальциевых каналов

**Для профилактики преэклампсии во время следующей беременности необходимо назначение ацетилсалициловой кислоты в дозировке**

**+ \_\_\_\_\_ + мг /день**

- низкомолекулярного гепарина
- фолиевой кислоты в высокой дозировке
- ацетилсалициловой кислоты
- блокатора кальциевых каналов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой перинатального центра самотеком обратилась первобеременная 38 лет в сроке беременности 37 недель 5 дней.

### **Жалобы**

На головную боль. При самостоятельном измерении дома давление 146/85 мм.рт.ст.

### **Анамнез заболевания**

В течение 3-х лет отмечались редкие эпизоды повышения АД, максимальные значения 150/95 мм.рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получала, у терапевта не наблюдалась. Впервые повышение АД во время беременности было отмечено в 18 недель беременности на приеме в ЖК. Консультирована терапевтом, назначена базовая антигипертензивная терапия: метилдопа 1000 мг в сутки. Однако, на сроке 30 недель на фоне принимаемой терапии сохранялись эпизоды повышения АД до 140/90 мм рт.ст., в связи с чем доза метилдопы увеличена до 1500 мг/сут.

### **Анамнез жизни**

Соматический анамнез: Детские инфекции: краснуха, корь. Хронические заболевания: отрицает.

Наследственность: мать- СД 2 типа, ХАГ.

Гинекологический анамнез: не отягощен

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

\* I триместр – ОРВИ без подъема Т тела (народные средства), скрининг 1-го триместра – низкий риск,

\* II триместр: с 18 недель отмечает повышение АД.- консультирована терапевтом, назначена антигипертензивная терапия, скрининг 2-го триместра- низкий риск.

\* III триместр: повышение АД на фоне принимаемой терапии, коррекция дозы антигипертензивного препарат. Общая прибавка массы тела за беременность 18 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168. Вес 96. ИМТ 34. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД 145/92 мм рт.ст. Ps 88 уд/мин. Матка при пальпации слегка возбудима, безболезненна. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 128-140 уд/мин. Отеки стоп, голеней, кистей рук.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. P.V.: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода – прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Госпитализация данной пациентки для обследования и терапии должна быть осуществлена в отделение**

- родильное наблюдательное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**Необходимыми для постановки диагноза данной пациентке лабораторными методами обследования являются**

- родильное наблюдательное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым лабораторным методом исследования для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния данной пациентки является**

- родильное наблюдательное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Учитывая данные обследований, данной пациентке можно установить предполагаемый диагноз: Беременность 37 недель 5 дней. Головное предлежание. Отеки беременных и**

- родильное наблюдение
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое

### **Диагноз**

**Для верификации диагноза и подбора антигипертензивной терапии обязательной является консультация**

- общего хирурга
- терапевта
- нейрохирурга
- дерматолога

**Учитывая повышение АД до 145/92 мм рт.ст. у данной пациентки, для быстрого снижения уровня АД Вы НЕ имеете право назначить**

- клонидин
- нифедипин
- нитроглицерин
- каптоприл

**Показанием для назначения плановой антигипертензивной терапии у данной пациентки является**

- суточная протеинурия  $\geq 0,1$  г/л
- присоединение отеков и развитие преэклампсии
- наличие головной боли
- АД 145/92 мм рт.ст.

**Пациентке показано назначение базовой терапии артериальной гипертензии. Вы имеете право назначить препарат метилдопы в максимальной суточной дозировке + \_\_\_\_\_ + мг**

- 1500
- 2500
- 3000
- 2000

**Учитывая установленный диагноз, состояние пациентки, наиболее обоснованной тактикой ведения данной пациентки является**

- родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке
- плановая индукция родов в 38-39 недель
- родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке
- родоразрешение путем операции кесарево сечение в срочном порядке

**Антигипертензивная терапия у данной пациентки в послеродовом периоде**

- продолжается (зависит от уровня артериального давления)
- продолжается (зависит от уровня суточной протеинурии)
- не показана, в связи с планирующейся длительной лактацией
- не показана до получения результатов суточного мониторирования АД

**Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты в дозировке**

+ \_\_\_\_\_ + мг

- 200
- 50
- 400
- 100

**Дополнительным диагностическим инструментом для дифференциальной диагностики гипертензивного расстройства беременности у данной пациентки явилось определение**

- 200
- 50
- 400
- 100

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой перинатального центра самотеком обратилась повторнобеременная 30 лет в сроке беременности 24 недели и 2 дня

### **Жалобы**

На сильную головную боль, боли в эпигастрии.

### **Анамнез заболевания**

Сегодня утром появились жалобы на сильную головную боль и боли в эпигастрии, сохраняющиеся после приема спазмолитиков, в связи с чем обратилась в приемное отделение.

### **Анамнез жизни**

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа. Хронические заболевания: хронический гастрит, ремиссия.

Наследственность: отец- гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Гинекологический анамнез: апоплексия яичника в 2010 г- медикаментозная терапия.

Акушерский анамнез:

I беременность – в возрасте 22 лет, осложнилась развитием преэклампсии в сроке 35-36 недель. Родился живой недоношенный мальчик массой 2870 г, длиной 47 см. Оценка состояния по шкале Апгар 7-8 баллов.

II беременность - данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности: I триместр – токсикоз легкой степени, скрининг 1-го триместра – низкий риск, II триместр: с 21 недели – отмечалось повышение АД до 135/85 мм рт.ст. скрининг 2-го триместра- низкий риск. Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 178.Вес 82. ИМТ 26.Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Матка при пальпации не возбудима, безболезненна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 132-146 уд/мин.Отеков нет.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Шейка матки отклонена кзади, плотноватой консистенции, 2,5 см длиной.

Наружный зев закрыт. Матка увеличена до 23 недель беременности. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**При поступлении в приемное отделение, в первую очередь, необходимо провести измерение**

- 200
- 50
- 400
- 100

## **Результаты обследования**

**Учитывая показатели АД, для определения дальнейшей тактики ведения пациентки в приемный покой необходимо вызвать врача**

- офтальмолога
- гастроэнтеролога
- реаниматолога
- общего хирурга

**Учитывая состояние пациентки, для дальнейшего наблюдения и терапии госпитализация пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- родильное физиологическое
- родильное наблюдационное
- патологии беременности
- анестезиологии и реаниматологии

**Необходимым лабораторным методом исследования для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния в данном случае является определение**

- родильное физиологическое
- родильное наблюдационное
- патологии беременности
- анестезиологии и реаниматологии

## **Результаты лабораторного метода обследования**

**Пациентке можно предположить основной диагноз: Беременность 24 недели**

- родильное физиологическое
- родильное наблюдационное
- патологии беременности
- анестезиологии и реаниматологии

## **Диагноз**

**Для подтверждения степени тяжести и прогнозирования возможных осложнений у данной пациентки необходимо определить**

- родильное физиологическое
- родильное наблюдационное
- патологии беременности

- анестезиологии и реаниматологии

### **Результаты обследования**

**Учитывая жалобы, показатели АД и тяжесть состояния пациентки, в приемном покое с целью профилактики эклампсии необходимо назначить**

- магния сульфат
- ацетилсалициловую кислоту
- препарат метилдопы
- нифедипин

**Учитывая тяжесть гипертензивного синдрома, в данном случае рекомендовано назначение базовой антигипертензивной терапии препаратом метилдопы в максимальной суточной дозировке + \_\_\_\_\_ + мг**

- 1500
- 1000
- 2000
- 2500

**Наиболее обоснованной тактикой ведения данной пациентки является стабилизация состояния и**

- оперативное родоразрешение в экстренном порядке
- родоразрешение через естественные родовые пути
- оперативное родоразрешение в срочном порядке
- дальнейшее пролонгирование беременности

**С целью улучшения исходов для плода у данной пациентки обязательно проведение профилактики**

- РДС плода
- гнойно-септических осложнений
- тромбоэмболических осложнений
- инфекционных послеродовых осложнений

**В данном случае необходимо проведение профилактики РДС плода по схеме**

- дексаметазон в/м по 12 мг с интервалом 24 часов
- преднизолон таб по 30 мг с интервалом 12 часов
- бетаметазон в/м по 12 мг с интервалом 8 часа
- дексаметазон в/в по 8 мг с интервалом 8 часов

**Наиболее опасным для жизни, ассоциированным с тяжелой преэклампсией и высокой перинатальной смертностью, осложнением преэклампсии является**

- дексаметазон в/м по 12 мг с интервалом 24 часов
- преднизолон таб по 30 мг с интервалом 12 часов
- бетаметазон в/м по 12 мг с интервалом 8 часа
- дексаметазон в/в по 8 мг с интервалом 8 часов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой родильного дома обратилась первобеременная 28 лет в сроке беременности 25 недель.

### **Жалобы**

На отеки стоп, голеней, кистей рук. При самостоятельном измерении АД до 148/98 мм рт.ст. Терапию не получает.

### **Анамнез заболевания**

В течение недели отмечает появление отеков стоп, голеней, эпизоды повышения АД до 148/98 мм рт. ст., антигипертензивную терапию не получает, у терапевта не наблюдается.

### **Анамнез жизни**

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, корь. Хронические заболевания: отрицает.

Наследственность: мать – СД 2 типа, ожирение.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение настоящей беременности: I триместр – 8-9 недель- угрожающий выкидыш- стационарное лечение (транексам, утрожестан, но-шпа), скрининг 1-го триместра – низкий риск ХА;

II триместр: без особенностей, скрининг 2-го триместра- низкий риск ХА.

с 23 недель отмечает появление отеков стоп, голеней, повышение АД до 148/98 мм. рт.ст., антигипертензивную терапию не получала.

Общая прибавка массы тела за беременность 10 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 172. Вес 78. ИМТ 26. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД 145/92 мм рт.ст. Ps 84 уд/мин. Матка при пальпации возбудима, безболезненна. Предлежит головка плода - прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 132-147 уд/мин. Отеки стоп, голеней, кистей рук.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки по проводной оси таза, длиной 2,0 см, мягкая. Цервикальный канал проходим для 1-го пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода - над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Для дообследования и решения дальнейшей тактики ведения госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- патологии беременности
- родильное физиологическое
- родильное обсервационное
- анестезиологии и реанимации

**Обязательными лабораторными методами обследования в данном случае являются**

- патологии беременности
- родильное физиологическое
- родильное обсервационное
- анестезиологии и реанимации

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым лабораторным методом исследования для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния, в данном случае, является определение**

- патологии беременности
- родильное физиологическое
- родильное обсервационное
- анестезиологии и реанимации

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Для верификации диагноза и подбора антигипертензивной терапии, в данном случае, обязательным является консультация врача**

- кардиохирурга
- офтальмолога
- терапевта
- ревматолога

**Данной пациентке врач приемного отделения в качестве основного диагноза выставляет диагноз: Беременность 25 недель. Головное предлежание. Хроническая артериальная гипертензия.**

**Отменив данный диагноз, Вы объясняете коллеге, что, учитывая вышеизложенные данные анамнеза и результаты клинико-лабораторного обследования, предполагаемый основной диагноз у данной пациентки**

- кардиохирурга
- офтальмолога
- терапевта
- ревматолога

### **Диагноз**

**С целью улучшения перинатальных исходов у данной пациентки необходимо проведение профилактики РДС плода по схеме**

- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов
- 2 дозы дексаметазона в/м по 16 мг с интервалом 12 часов
- 3 дозы бетаметазона в/м по 8 мг с интервалом 8 часов
- 4 дозы дексаметазона в/м по 4 мг через 8 часов

**Учитывая выставленный диагноз, пациентке показана плановая терапия артериальной гипертензии. Принято решение о назначении**

- атенолола
- метилдопы
- метопролола
- нифедипина

**Учитывая вышеизложенные данные, наиболее обоснованной тактикой ведения данной пациентки является**

- оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке
- пролонгирование беременности до доношенного срока
- родоразрешение через естественные родовые пути
- выжидательная тактика ведения беременности

**Для профилактики кровотечения у данной пациентки в послеоперационном периоде следует использовать**

- карбетоцин
- мизопростол

- метилэргометрин
- окситоцин

**Учитывая данные анамнеза, данной пациентке, для профилактики преэклампсии, в сроке беременности 12+0 недель необходимо было назначить прием**

- низкомолекулярных гепаринов
- ацетилсалициловой кислоты
- витаминов группы В в высокой дозировке
- блокаторов Са каналов и витамина Д

**Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты начиная с + \_\_\_+ недель беременности**

- 18
- 12
- 8
- 26

**Наиболее опасным для жизни, ассоциированным с тяжелой преэклампсией и высокой перинатальной смертностью, возможным осложнением преэклампсии у данной пациентки является**

- 18
- 12
- 8
- 26

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой обратилась первобеременная 37 лет в сроке беременности 33 недели 3 дня.

### **Жалобы**

На головокружение, отеки голеней и стоп. При самостоятельном измерении дома давление 140/86 мм рт. ст.

### **Анамнез заболевания**

Впервые отметила эпизоды повышения АД в 32 недели беременности.

Известно, что по результатам расширенного биохимического скрининга в 11-13 недель риск развития преэклампсии до 34 недель – 1:37. От профилактического приема ацетилсалициловой кислоты отказалась.

### **Анамнез жизни**

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, эпидемический паротит. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия.

Наследственность: отец- хроническая артериальная гипертензия.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

I триместр – 8-9 недель- угрожающий выкидыш- стационарное лечение по м/ж (гормональная, спазмолитическая терапия), скрининг 1-го триместра – низкий риск, риск развития преэклампсии до 34 недель – 1:37. НИПД по желанию- низкий риск.

II триместр: бессимптомная бактериурия- амоксиклав 1,2г x 3 р/день- 7 дней, скрининг 2-го триместра- низкий риск ХА.

III триместр: с 32 недель отмечает появление отеков стоп, голеней, эпизоды повышения АД до 140/86 мм. рт.ст., антигипертензивную терапию не получала.

Общая прибавка массы тела за беременность 14 кг.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168. Вес 96. ИМТ 34. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД 150/93 мм рт.ст. Ps 88 уд/мин. Матка при пальпации невозбудима, безболезненна. Предлежит головка плода – над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 128-140 уд/мин. Отеки стоп, голеней, кистей рук.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки отклонена кзади, плотноватой консистенции, 2,5см длиной.

Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода- над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое
- родильное обсервационное

**В данном случае необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое
- родильное обсервационное

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым лабораторным методом исследования для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния в данном случае является определение**

- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное физиологическое
- родильное обсервационное

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Для верификации диагноза и подбора антигипертензивной терапии данной пациентке необходима консультация врача**

- нейрохирурга
- ревматолога
- общего хирурга
- терапевта

**Учитывая вышеизложенные данные анамнеза и результаты клинико-лабораторного обследования, предполагаемый основной диагноз:**

**Беременность 33 недели 2 дня. Головное предлежание и**

- нейрохирурга
- ревматолога
- общего хирурга
- терапевта

**Диагноз**

**Учитывая повышение АД до 150/93 мм рт. ст. у данной пациентки, для купирования эпизода гипертензии врач отделения патологии беременности назначил Клонидин в дозировке 0,075 мг х 6 раз/сут.**

**Отменив данные назначения, Вы объясняете коллеге, что данный препарат используется по схеме + \_\_\_\_\_ + р/сутки**

- 0,075 мг x 12
- 0,075 мг x 3
- 0,075 мг x 1
- 0,15 мг x 6

**В качестве плановой антигипертензивной терапии у данной пациентки может быть использован**

- блокаторов кальциевых каналов в короткодействующей форме
- препарат метилдопы
- ингибитор аденозин-превращающего фермента
- агонист I1-имидазолиновых рецепторов

**При отсутствии эффекта от проводимой антигипертензивной терапии у данной пациентки**

- показана отмена терапии и проведение преиндукции родов путем интрацервикального введения баллонного катетера
- показана отмена терапии и проведение экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения
- показана отмена проводимой терапии и назначение резервных антигипертензивных препаратов
- показано пролонгирование беременности до доношенного срока с продолжением проводимой терапии

**На фоне проводимой терапии отмечаются стабильные цифры артериального давления (135/80 мм.рт.ст). Учитывая полученные данные, оптимальной тактикой ведения данной пациентки является**

- преиндукция родов путем интрацервикального введения Дилапан №6
- кесарево сечение в срочном порядке
- кесарево сечение в экстренном порядке
- пролонгирование беременности

**Правильно подобрав антигипертензивную терапию, беременность удалось пролонгировать до доношенного срока. После проведенной преиндукции родов, началась родовая деятельность. При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений у данной пациентки следует использовать**

- карбетоцин

- окситоцин
- метилэргометрин
- мизопростол

**Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты начиная с + \_\_\_+ недель беременности**

- 24
- 12
- 8
- 28

**Наиболее частым и грозным возможным осложнением преэклампсии, которое могло развиться у данной пациентки, является**

- 24
- 12
- 8
- 28

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### **Жалобы**

С жалобами на периодические межменструальные скудные мажущие кровянистые выделения, возникающие на 9-10 день цикла или за 5-6 дней перед менструацией в течение 6 месяцев, отсутствие наступления беременности в течение 2 лет регулярной половой жизни без предохранения, повышение АД до 140/80 мм.рт.ст. Обращается к гинекологу впервые.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 13 лет, МЦ нерегулярный, задержки до 45-60 дней, последние 6 месяцев задержки до 90 дней, ранее продолжительность менструации 5-6 дней, умеренные, безболезненные. Последние 6 месяцев отметила межменструальные скудные мажущие кровянистые выделения на 9-10 день цикла или за 5-6 дней перед менструацией. Гормонотерапию ранее не получала. Половая жизнь с 17 лет. Использовала периодически методы барьерной контрацепции. Последние 2 года не предохраняется (с 22 лет в браке). С 16 лет отмечает акне вульгарис, усиление роста волос вокруг сосков и

по белой линии живота, прибавка в весе на 7 кг за 1 год. С 22 лет периодически подъёмы АД до 140/70 мм.рт.ст., к кардиологу не обращалась, терапию не получает.

### **Анамнез жизни**

- \* в детстве перенесла корь, ветрянную оспу, эпидемический паротит;
- \* страдает хроническим гайморитом;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец – здоров, мать - здорова, бабушка по материнской линии – с менархе олигоменорея, одни спонтанные роды в 40 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 66 кг. Кожные покровы бледно-розовые. В области подбородка акне вульгарис. Гирсутное число Ферримана-Голвея– 13-14. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 в 1 мин, АД 125/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей женщины, слизистая не гиперемирована. Шейка матки конической формы, не эрозирована. Матка нормальных размеров, подвижная, плотной однородной консистенции, безболезненная. Придатки матки слева и справа не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Крестцово-маточные связки без особенностей. Выделения из половых путей светлые.

**К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для постановки диагноза у данной пациентки, относится анализ крови на определение уровней лютеинизирующего гормона, 17-оксипрогестерона, пролактина и**

- 24
- 12
- 8
- 28

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования первой линии у данной пациентки является**

- 24
- 12
- 8
- 28

### **Результаты инструментальных методов исследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является Аномальное маточное кровотечение по типу**

- 24
- 12
- 8
- 28

### **Диагноз**

**Целью лечения в данном случае является**

- уменьшение уровня лептина
- лечение гиперандрогении
- остановка маточного кровотечения
- блокада овариального резерва

**Данной пациентке в качестве «первой» линии терапии аномального маточного кровотечения, обусловленного ановуляторной дисфункцией, необходимо назначить**

- гормональный контрацептив
- инсулиносенситайзер
- низкоуглеводную диету
- транексамовую кислоту

**Из перечисленных комбинированных оральных контрацептивов, согласно инструкции к препарату, данной пациентке с аномальными маточными кровотечениями следует назначить**

- этинилэстрадиол+хлормадинона ацетат
- этинилэстрадиол+дроспиренон
- эстрадиола валерат+диеногест
- этинилэстрадиол+левоноргестрел

**С целью оценки эффективности проводимой терапии данной пациентке необходимо рекомендовать**

- вести менструальные календари и пикториальные карты менструальных циклов
- проводить контроль за индексом массы тела и уровнем лептина в крови
- проводить контроль за уровнем тестостерона и лютеинизирующего гормона
- определять уровень сывороточного железа и ферритина в крови

**Профилактику аномальных маточных кровотечений при проводимой терапии, в данном случае, обеспечивает**

- снижение уровня андрогенов
- снижение продукции лептина
- подавление функции яичников
- нормализация жирового обмена

**При очередном осмотре через 12 месяцев на фоне проводимой терапии пациентка отмечает регуляцию ритма менструации, однако, в связи с планированием беременности, она ставит вопрос об отмене терапии. После отмены проводимой терапии комбинированными оральными контрацептивами среди благоприятных эффектов наблюдают быстрое**

- повышение либидо
- появление бессонницы
- появление ночного апноэ
- восстановление фертильности

**После отмены терапии комбинированными оральными контрацептивами данной пациентке следует рекомендовать**

- диспансерное наблюдение
- санаторно-курортное лечение
- физиотерапевтическое воздействие
- поведенческую терапию

**Эффективность лечения комбинированными оральными контрацептивами при аномальных маточных кровотечениях, обусловленных овуляторной дисфункцией, составляет + \_\_\_\_\_ +%.**

- 90-100
- 30-50
- 15-25
- 5-10

**Аномальные маточные кровотечения наиболее часто наблюдаются при**

- 90-100
- 30-50
- 15-25
- 5-10

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 42 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### **Жалобы**

На боли внизу живота и обильные менструации с падением гемоглобина до 105 г/л на фоне регулярного ритма менструаций, отечность нижних конечностей в предменструальные дни, нагрубание и болезненность молочных желез во второй половине менструального цикла.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 13 лет, менструальный цикл регулярный через 28 дней, ранее – длительность менструации 3-4 дня, умеренные, безболезненные. С 38 лет наблюдается в женской консультации по поводу миомы матки. В течение последних трех лет на фоне прогрессирующего роста миоматозного узла диаметром 4,5 см, отметила увеличение продолжительности менструации до 9 дней при регулярном их ритме. В анамнезе 2 своевременных самопроизвольных родов.

### **Анамнез жизни**

- \* хронический гастрит, хронический тонзиллит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственный анамнез: отец – сахарный диабет второго типа, мать - в 45 лет - аденомиоз и миома матки малых размеров

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 минуты. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 ударов в 1 мин, АД 125/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена. Тело матки увеличено до 7-8 недель беременности, подвижно,

плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: светлые.

**К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для постановки диагноза у данной пациентки, относится**

- 90-100
- 30-50
- 15-25
- 5-10

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования первой линии у данной пациентки является**

- 90-100
- 30-50
- 15-25
- 5-10

**Результаты инструментальных методов исследования**

**У данной пациентки основным диагнозом является Аномальное маточное кровотечение по типу**

- 90-100
- 30-50
- 15-25
- 5-10

**Диагноз**

**Целью лечения данной пациентки является**

- остановка маточного кровотечения
- нормализация водно-солевого обмена
- снятие болевого синдрома
- устранение симптомов масталгии

**В качестве препарата первой линии при консервативном лечении в данном случае является прием**

- антикоагулянтов
- антифибринолитиков

- комбинированных оральных контрацептивов
- модулятора прогестероновых рецепторов

**До начала лечения улипристал ацетатом в данном случае необходимо оценить показатели функции**

- почек
- печени
- сердца
- легких

**Перед назначением терапии данной пациентке в качестве дополнительного метода исследования необходимо провести**

- УЗИ молочных желез
- гистеросальпингографию
- ЭКГ в 12-ти отведениях
- ультразвуковое исследование сердца

**Необходимо предупредить пациентку, что продолжительность приема терапии улипристал ацетатом в данном случае ограничена приемом не более + \_\_\_\_\_ + курсов**

- 5
- 4
- 6
- 3

**Перед проведением терапии на приеме пациентка интересуется возможными альтернативными методами терапии. Необходимо объяснить, что, кроме улипристал ацетата, терапию миомы матки с центрипетальным ростом узла и АМК можно эффективно проводить**

- транексамом
- аГНРГ
- КОК
- эстрадиолом

**На фоне первых двух курсов лечения улипристал ацетатом данной пациентке необходимо контролировать функцию печени**

- каждые 2 недели
- 1 раз в 2 месяца
- каждый месяц

- 1 раз в 1,5 месяца

Пациентка сообщила, что на фоне терапии пропустила прием очередной таблетки улипристал ацетата. Необходимо рекомендовать ей прием пропущенной таблетки, если с момента последнего приема прошло менее + \_\_\_\_\_ + часов

- 16
- 12
- 24
- 18

На фоне приема улипристал ацетата у 10-15% женщин к концу первого 3-месячного курса терапии возникают изменения в эндометрии, ассоциированные с

- 16
- 12
- 24
- 18

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 30 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### Жалобы

На обильные менструации со сгустками, продолжающиеся более 10 дней и приводящие к падению гемоглобина до 85г/л, во время которой использует 25 и более прокладок, боли внизу живота и чувство учащенного сердцебиения.

### Анамнез заболевания

Менархе в 14 лет, МЦ регулярный по настоящее время через 28-30 дней, ранее – длительность менструации 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Во время менструации использовала 9-10 прокладок. В 26 лет спонтанно наступила беременность, которая закончилась срочными самопроизвольными родами (родился мальчик массой 3200 г, ростом – 52 см). Считает себя больной последние 8 месяцев.

### Анамнез жизни

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций не было;

\* наследственность: мать - эндометриоз матки

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 88 кг. Кожные покровы бледные, склеры эктериичные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, подвижно, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: светлые.

**К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для установления причины кровотечения у данной пациентки, относится**

- 16
- 12
- 24
- 18

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования первой линии для данной пациентки является**

- 16
- 12
- 24
- 18

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является Аномальные маточные кровотечения по типу обильных менструальных кровотечений и**

- 16
- 12

- 24
- 18

### **Диагноз**

**У обследуемой пациентки индекс массы тела (ИМТ) равен 31. Это соответствует**

- избыточной массе тела
- ожирению I степени
- нормальной массе тела
- ожирению II степени

**Основным фактором риска развития миомы матки у данной пациентки является**

- синусовая тахикардия
- ожирение I степени
- анемия легкой степени
- ожирение II степени

**Целью лечения субмукозной миомы матки, в данном случае, является**

- устранение синусовой тахикардии
- повышение уровня гемоглобина
- снижение болевого синдрома
- удаление миоматозного узла

**В качестве лечения субмукозной миомы матки данной пациентке рекомендовано проведение**

- терапии гестагенами в непрерывном режиме
- терапии антагонистами ГнРГ
- гистерорезектоскопии миоматозного узла
- эмболизации маточных артерий

**Для предоперационной подготовки при миоме матки с субмукозным расположением узла можно назначить**

- аГнРГ
- ЛНГ- ВМС
- КОК
- диеногест

**Длительность предоперационного лечения миомы матки с субмукозным расположением узла в данном случае ограничена + \_\_\_\_+ месяцами**

- 3
- 5
- 4
- 6

**После удаления субмукозного миоматозного узла данной пациентке следует рекомендовать**

- иглорефлексотерапию
- гирудотерапию
- диспансерное наблюдение
- модификацию образа жизни

**Пациентка обратилась к врачу спустя 12 месяцев после удаления миоматозного узла с диагностированной маточной беременностью 5-6 недель. В данном случае рекомендовано**

- прерывание беременности кюретажем матки
- прерывание беременности путем вакуум-аспирации
- медикаментозное прерывание беременности
- пролонгирование данной беременности

**После консервативной миомэктомии требуется контрацепция в течение + \_\_\_\_\_+ месяцев**

- прерывание беременности кюретажем матки
- прерывание беременности путем вакуум-аспирации
- медикаментозное прерывание беременности
- пролонгирование данной беременности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В гинекологический стационар доставлена женщина 21 года с жалобами.

### **Жалобы**

На обильные маточные кровотечения и боли внизу живота за 2-3 дня до и во время менструации, которые появились в возрасте 18 лет после самопроизвольных родов и прекращения лактации.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 13 лет, МЦ регулярный, 30 дней, длительность менструации 4-5 дней обильные, болезненные, с 18 лет – переходящие в кровотечения. Половая жизнь с 16 лет.

В возрасте 14 лет по поводу выраженных болей внизу живота в пред- и постменструальные дни перенесла диагностическую лапароскопию, интраоперационно обнаружено небольшое количество крови в малом тазу. В 17 лет самостоятельно наступила беременность, протекавшая с явлениями угрозы прерывания на ранних сроках, в послеродовом периоде - ручное обследование стенок послеродовой матки в связи с обильным ранним послеродовым кровотечением (удалены сгустки крови). Через 3 месяца после родов - выскабливание и удаление плацентарного полипа. После прекращения лактации ритм менструации регулярный, менструации обильные, переходящие в кровотечения, по поводу которых производились многократные диагностические выскабливания, по данным гистологии- патология эндометрия не выявлена, эндометрий соответствует дню менструального цикла.

Периодически принимала гормональные контрацептивы.

Обследована у гематолога, болезнь крови исключена, симптоматическая терапия проводилась в виде переливания кровозаменителей с краткосрочным эффектом.

### **Анамнез жизни**

- \* корь, грипп, ОРЗ, пролапс митрального клапана;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность не отягощена

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, склеры эктеричные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена. Тело матки нормальных размеров, подвижно, плотное, безболезненное. Движения за шейку матки безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: обильные кровянистые.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования, помимо клинического анализа крови, является определение уровня**

- прерывание беременности кюретажем матки
- прерывание беременности путем вакуум-аспирации
- медикаментозное прерывание беременности
- пролонгирование данной беременности

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для данной пациентки инструментальным методом первой линии обследования является**

- прерывание беременности кюретажем матки
- прерывание беременности путем вакуум-аспирации
- медикаментозное прерывание беременности
- пролонгирование данной беременности

**Результаты инструментальных методов исследования**

**Необходимым для постановки диагноза, в данном случае, дополнительным инструментальным методом обследования является**

- прерывание беременности кюретажем матки
- прерывание беременности путем вакуум-аспирации
- медикаментозное прерывание беременности
- пролонгирование данной беременности

**Результаты инструментальных методов обследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является Аномальные маточные кровотечения по типу обильных маточных кровотечений и**

- прерывание беременности кюретажем матки
- прерывание беременности путем вакуум-аспирации
- медикаментозное прерывание беременности
- пролонгирование данной беременности

**Диагноз**

**Целью лечения данной пациентки является**

- воздействие на тромбоцитарное звено гемостаза
- удаление патологического субстрата в малом тазу
- воздействие на прокоагулянтное звено гемостаза
- выключение артериовенозных мальформаций из кровотока

**Проведение эндоваскулярных вмешательств на артериях матки абсолютно противопоказаны**

- при первичном или рецидивном раке матки
- при вращении плаценты
- при атонических послеродовых кровотечениях
- при острых воспалительных заболеваниях органов малого таза

**В качестве лечения аномальных маточных кровотечений, в данном случае, показано проводить**

- воздействие сфокусированным УЗ лучом под контролем МРТ
- гистерорезектоскопическую аблацию эндометрия
- эмболизацию сосудов матки
- введение левоноргестрел-содержащую ВМС.

**Данной пациентке необходимо провести эмболизацию ветвей + \_\_\_\_\_ + артерии**

- срединной крестцовой
- нижней брыжеечной
- внутренней подвздошной
- наружной подвздошной

**В первые 2-3 суток после эмболизации ветвей внутренней подвздошной артерии высокая вероятность развития у пациентки**

- болевого синдрома
- повышения АД
- светочувствительности
- недержания мочи

**В случае наступления желанной беременности у данной пациентки можно рекомендовать**

- медикаментозное прерывание
- прологирование беременности
- гистерэктомию без придатков
- прерывание вакуум-аспирацией

**Противопоказанием для проведения эмболизации ветвей внутренней подвздошной артерии является**

- острый сальпингит
- лейомиома матки
- хронический гастрит
- диффузный аденомиоз

**Эффективность эндоваскулярного лечения при ангиодисплазии сосудов матки составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- острый сальпингит
- лейомиома матки
- хронический гастрит
- диффузный аденомиоз

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 26 лет обратилась к акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На длительные (до 14 дней) кровянистые выделения из половых путей на фоне 3-недельной задержки менструации, а также на прибавку массы тела за последние 2 года на 10 кг.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 13 лет. Менструальный цикл регулярный, менструации через 30-32 дня по 5-6 дней умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 24 лет, от беременности предохраняется барьерным методом (презерватив). С начала половой жизни отметила резкую прибавку массы тела на 10 кг, периодические головные боли. На этом фоне появились задержки менструации от 1,5 до 2 месяцев переходящие в кровотечения с продолжительностью до 2-х недель. С целью остановки кровотечения принимала Дицинон с временным положительным эффектом.

В настоящее время пациентка в беременности не заинтересована.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические пиелонефрит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* Отец 60 лет СД 2 типа; мать – миома матки, ГБ

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 87 кг. ИМТ - 33.1  
St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей женщины, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Из наружного зева в незначительном количестве кровянистые выделения. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, неоднородной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки матки слева и справа не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Крестцово-маточные связки без особенностей. Выделения из половых путей кровянистые в незначительном количестве.

**К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для установления причины кровотечения у данной пациентки, относится анализ крови на определение уровня**

- острый сальпингит
- лейомиома матки
- хронический гастрит
- диффузный аденомиоз

## **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования у данной пациентки является**

- острый сальпингит
- лейомиома матки
- хронический гастрит
- диффузный аденомиоз

## **Результаты инструментальных методов исследования**

**Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом исследования у данной пациентки является**

- острый сальпингит
- лейомиома матки
- хронический гастрит
- диффузный аденомиоз

## **Результаты исследований**

**У данной пациентки основным диагнозом является Аномальное маточное кровотечение по типу межменструальных маточных кровотечений и**

- острый сальпингит
- лейомиома матки
- хронический гастрит
- диффузный аденомиоз

### **Диагноз**

**У данной пациентки вероятность трансформации гиперплазии эндометрия в рак эндометрия составляет \_\_ %**

- 25-30
- 35-50
- 60-75
- 1-6

**К основному фактору риска, приведшему к развитию гиперплазии эндометрия в данном случае, относится**

- ожирение I степени
- раннее менархе
- сахарный диабет II типа
- дисфункция яичников

**Для лечения гиперплазии эндометрия без атипии и вторичной профилактики аномальных маточных кровотечений пациентке рекомендуется**

- комбинированный оральный контрацептив
- блокатор эстрогеновых рецепторов
- пероральный гестаген-содержащий препарат
- левоноргестрел-внутриматочная система

**Пациентке введена ЛНГ-ВМС, на фоне которой следует проводить морфологическую оценку состояние эндометрия через + \_\_\_\_\_ + мес.**

- 6
- 1
- 3
- 4

**Пациентка обратилась через 6 месяцев для удаления ЛНГ-ВМС в связи с жалобами на усиленное выпадение волос головы. Прежде всего, следует**

**объяснить, что вероятность рецидивирования гиперплазии эндометрия после отмены 6-месячного курса терапии составляет + \_\_\_\_ + %**

- 80
- 60
- 40
- 50

**Досрочное удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы у данной пациентки будет оправданно в случае появления**

- хронического цефалгического синдрома
- функциональных кист яичников
- заинтересованности в беременности
- мажущих кровянистых выделений

**При одном из повторных визитов через 4 месяца пациентка обратилась с жалобами на боли внизу живота, диагностирована экспульсия левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы, в связи с чем рекомендована барьерная контрацепция и в качестве “второй” линии терапии ей следует назначить**

- комбинированный оральные контрацептив
- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- тамоксифен в непрерывном режиме
- гестаген в циклическом режиме

**При отсутствии эффекта от проводимого 6-ти месячного курса гормонотерапии в виде ЛНГ-ВМС по поводу гиперплазии эндометрия без атипии, заподозренного на УЗИ органов малого таза и подтвержденного результатами гистологического исследования аспирата эндометрия, пациентке показано продолжение курса в течение 6 месяцев с последующим удалением ЛНГ-ВМС и проведением**

- комбинированный оральные контрацептив
- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- тамоксифен в непрерывном режиме
- гестаген в циклическом режиме

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Женщина 33 лет обратилась на прием к врачу-гинекологу.

## **Жалобы**

На обильные болезненные менструации со сгустками, продолжающиеся более 9-10 дней в течение последних 4-х месяцев, периодические тянущие боли внизу живота.

## **Анамнез заболевания**

Менархе в 14 лет, МЦ регулярный по настоящее время через 28-30 дней, ранее – длительность менструации 3-4 дня, умеренные, болезненные. Половая жизнь с 22 лет. Б-2, Р-2. Последние роды осложнились развитием в раннем послеродовом периоде послеродового эндометрита. В течение 2-х лет после этого дважды перенесла гистероскопию и диагностическое выскабливание по поводу полипов эндометрия (размерами 1-1.5см) в возрасте 29 и 32 лет. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия и физиотерапия.

## **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность не отягощена

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

## **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена. Тело матки нормальных размеров, подвижное, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: светлые.

**Обязательным лабораторным методом обследования данной пациентки на первом этапе является определение уровня + \_\_\_\_ + в крови**

- комбинированный оральная контрацептив

- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- тамоксифен в непрерывном режиме
- гестаген в циклическом режиме

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является**

- комбинированный оральные контрацептив
- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- тамоксифен в непрерывном режиме
- гестаген в циклическом режиме

### **Результаты инструментальных методов исследования**

**Дополнительным методом обследования для уточнения локализации и размеров очаговых внутриматочных изменений, который может понадобиться в данном случае пациентке, является**

- комбинированный оральные контрацептив
- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- тамоксифен в непрерывном режиме
- гестаген в циклическом режиме

### **Результаты обследования**

**Дополнительным лабораторным методом исследования, который следует назначить пациентке, является**

- комбинированный оральные контрацептив
- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- тамоксифен в непрерывном режиме
- гестаген в циклическом режиме

### **Результаты лабораторных методов исследования**

**У данной пациентки основным диагнозом является: Полип эндометрия и**

- комбинированный оральные контрацептив
- агонист гонадотропин-рилизинг гормона
- тамоксифен в непрерывном режиме
- гестаген в циклическом режиме

## Диагноз

**Основной целью при лечении аномального маточного кровотечения в данном случае является**

- удаление полипа эндометрия
- повышение уровня гемоглобина
- снижение болевого синдрома
- нормализация иммунного статуса

**Учитывая клинико-anamнестические данные, рецидивирующий характер заболевания, в качестве метода выбора лечения в данном случае следует рекомендовать**

- гормональный гемостаз КОК
- гистерорезектоскопию эндометрия
- гистерэктомию без придатков
- эмболизацию маточных артерий

**В качестве негормональных методов лечения аномальных маточных кровотечений в данном случае наиболее предпочтительно назначить**

- растительные гемостатики
- препараты витамина К
- антифибринолитики
- гемостатические препараты

**Основной целью гистерорезектоскопии в данном случае является**

- удаление ножки полипа эндометрия
- повышение уровня гемоглобина
- восстановление фертильности
- купирование болевого синдрома

**В случае продолжающихся обильных менструальных кровотечений у данной пациентки после этапа основного лечения можно рассмотреть назначение КОК с эстрадиолом валератом и + \_\_\_\_\_ + в составе**

- номегэстролом ацетатом
- диеногестом
- дроспиреноном
- хлормадиноном ацетатом

**В случае наступления беременности после резектоскопического удаления полипа эндометрия данной пациентке следует рекомендовать**

- пролонгирование данной беременности
- прерывание беременности путем вакуум аспирации
- кюретажа матки с целью прерывания беременности
- медикаментозное ее прерывание беременности

**На этапе диспансерного наблюдения данной пациентке рекомендовано проводить УЗИ органов малого таза с периодичностью не реже 1 раза в + \_\_\_\_ + месяцев**

- пролонгирование данной беременности
- прерывание беременности путем вакуум аспирации
- кюретажа матки с целью прерывания беременности
- медикаментозное ее прерывание беременности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 23 лет обратилась к врачу-гинекологу ФГБУ НЦАГиП им.Кулакова Минздрава РФ.

### **Жалобы**

На обильные кровянистые выделения из половых путей, которые продолжаются на протяжении последнего месяца, головокружение, выраженную слабость, ухудшение общего состояния. Введение 5 доз препарата Вилате с целью уменьшения кровотечения не дало эффекта.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 12 лет, МЦ регулярный, 28-30 дней, длительность менструации 5-6 дней умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Вне брака. От беременности предохраняется барьерным методом. Б-0.

В возрасте 13 лет во время аппендэктомии интраоперационно возникли проблемы с остановкой кровотечения. Во время послеоперационного периода очередная менструация впервые перешла в маточное кровотечение, продолжающееся в течение месяца. Проведенный гормональный гемостаз Регулоном дал положительный эффект. В связи с продолжающимися эпизодами маточных кровотечений обследована у гематолога, выставлен диагноз болезнь Виллебранда (со слов пациентки фактор Виллебранда 33%). В настоящее время по рекомендации гематолога получает лечение препаратом Вилате (фактор Виллебранда). При возникновении кровотечений больной рекомендовано

увеличение дозы Вилате.

В стационаре с помощью гемостатической терапии (Транексамовая кислота в/в капельно, Вилате) кровотечение остановлено.

### **Анамнез жизни**

- \* корь, грипп, ОРЗ, лапаротомия, аппендэктомия в возрасте 13 лет;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность - у мамы частые эпизоды носовых кровотечений, иногда требующие обращения к врачу с целью остановки кровотечения

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы бледные, склеры эктеричные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки конической формы, визуально не изменена. Тело матки нормальных размеров, подвижно, плотное, безболезненное. Движения за шейку матки безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: бели.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования и коррекции дозы Вилате являются**

- пролонгирование данной беременности
- прерывание беременности путем вакуум аспирации
- кюретажа матки с целью прерывания беременности
- медикаментозное ее прерывание беременности

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является**

- пролонгирование данной беременности
- прерывание беременности путем вакуум аспирации
- кюретажа матки с целью прерывания беременности
- медикаментозное ее прерывание беременности

## **Результаты инструментального метода обследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является:  
Аномальные маточные кровотечения и**

- пролонгирование данной беременности
- прерывание беременности путем вакуум аспирации
- кюретажа матки с целью прерывания беременности
- медикаментозное ее прерывание беременности

## **Диагноз**

**Основной целью лечения данной пациентки является**

- коррекция липидного обмена
- нормализация тромбодинамики крови
- нормализация уровня гемоглобина
- долгосрочная профилактика кровотечений

**С учетом клинико-anamнестических данных пациентки в качестве долгосрочного лечения аномальных маточных кровотечений, обусловленных коагулопатией, в данном случае предпочтительнее будет назначить**

- агонист гонадотропин- рилизинг гормона
- селективный модулятор прогестероновых рецепторов
- нестероидные противовоспалительные средства
- ЛНГ-содержащую внутриматочную систему

**Обязательным дополнительным мероприятием для данной пациентки перед установкой ЛНГ-содержащей ВМС будет**

- аспирация эндометрия
- биопсия шейки матки
- обследование на ИППП
- МРТ малого таза

**Дополнительным методом обследования после установки ЛНГ-содержащей ВМС для уточнения ее расположения, которое можно рекомендовать данной пациентке, является**

- кольпоскопическое исследование
- бимануальное исследование
- МРТ органов малого таза
- УЗИ органов малого таза

**Данную пациентку необходимо пригласить на первый осмотр через + \_\_\_\_\_ + дней (дня) после введения ЛНГ-содержащей внутриматочной системы**

- 18-20
- 22-24
- 7-10
- 14-16

**Во время плановой консультации пациентка задала вопрос о возможности досрочного удаления ЛНГ-содержащей внутриматочной системы. Вам следует объяснить, что досрочное удаление ЛНГ-содержащей внутриматочной системы будет оправдано в случае**

- появления хронического цефалгического синдрома
- продолжающихся мажущих кровянистых выделений
- заинтересованности в наступлении беременности
- появления функциональных кист яичников

**В случае наступления беременности у данной пациентки после удаления в срок ЛНГ-ВМС ей следует рекомендовать**

- кюретаж матки
- пролонгирование беременности
- вакуум-эскохлеацию
- медикаментозное ее прерывание

**На этапе диспансерного наблюдения за пациенткой для мониторинга состояния после родов следует приглашать ее на гинекологический осмотр не реже 1 раз в + \_\_\_\_\_ + мес.**

- 12
- 10
- 18
- 6

**Максимальная продолжительность использования ЛНГ-содержащей внутриматочной системы для лечения аномальных маточных кровотечений у данной пациентки составляет + \_\_\_\_\_ + года (лет)**

- 12
- 10
- 18
- 6

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 30 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### Жалобы

На ациклические кровянистые выделения из половых путей на фоне регулярного менструального цикла в течение последнего года, периодические боли внизу живота, нагрубание молочных желез во второй половине менструального цикла и обильные бели с запахом, появившиеся после полового контакта 3 дня назад. Женщина планирует беременность.

### Анамнез заболевания

Менархе в 13 лет, менструальный цикл регулярный через 32 дня, длительность менструации 5-6 дней, умеренные, болезненные. В анамнезе 2 последовательных самопроизвольных выкидыша на сроке 7-8 недель (вакуумная аспирация остатков плодного яйца).

### Анамнез жизни

- \* хронический цистит (обострение 3 раза в год), рецидивирующий бактериальный вагиноз (до 4-5 обострений в год);
- \* в возрасте 10 лет аппендэктомия, без осложнений;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственный анамнез не отягощен

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 минуты. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 ударов в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### Гинекологический статус

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена. Тело матки нормальных размеров, подвижно, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: бели с запахом.

**На первом этапе обследования в качестве первой линии с целью установления возможных причин ациклических кровянистых выделений из половых путей пациентке следует провести**

- 12
- 10
- 18
- 6

### **Результаты исследований**

**Необходимым для постановки диагноза методом обследования является**

- 12
- 10
- 18
- 6

### **Результаты обследования**

**Необходимым для постановки диагноза дополнительным лабораторным методом обследования является**

- 12
- 10
- 18
- 6

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Критерием морфологической диагностики хронического эндометрита, который позволил поставить пациентке данный диагноз, является**

- нефизиологическая пролиферация желез
- децидуализация клеток стромы эндометрия
- наличие лимфоплазматических инфильтратов
- увеличение железисто-стромального соотношения

**На основании жалоб и клинико-anamnestических данных пациентки, а также результатов обследования основным предполагаемым диагнозом в данном случае является: Аномальное маточное кровотечение по типу**

- нефизиологическая пролиферация желез
- децидуализация клеток стромы эндометрия
- наличие лимфоплазматических инфильтратов
- увеличение железисто-стромального соотношения

## **Диагноз**

**Основной целью лечения данной пациентки является**

- лечение бактериального вагиноза и профилактика рецидивов
- нормализация морфофункционального состояния эндометрия
- элиминация патогенных микроорганизмов из мочеполовой системы
- восстановление овуляторного цикла с поддержкой лютеиновой фазы

**В качестве этиотропной терапии хронического эндометрита данной пациентке следует назначить**

- антиагреганты
- НПВС
- антибиотики
- витаминотерапию

**В качестве немедикаментозной терапии хронического эндометрита дополнительно к медикаментозному лечению данной пациентке возможно рассмотреть назначение**

- физиотерапии
- иглорефлексотерапии
- остеопатии
- гирудотерапии

**Контроль эффективности терапии хронического эндометрита, в данном случае, следует проводить на основании данных**

- патоморфологического исследования эндометрия
- ультразвукового исследования эндометрия
- ПЦР микрофлоры цервикального канала
- микроскопии вагинального отделяемого с окраской по Граму

**Контроль эффективности терапии хронического эндометрита данной пациентки следует проводить не ранее, чем через + \_\_\_\_ + недели после окончания лечения**

- 3
- 1,5
- 4
- 2

**Наиболее тяжелым осложнением хронического эндометрита является**

- опухоль яичника
- синдром Ашермана
- гиперплазия эндометрия
- миома матки

**Для диагностики хронического эндометрита пайпель-биопсию эндометрия следует провести пациентке на + \_\_\_\_\_ + день цикла**

- опухоль яичника
- синдром Ашермана
- гиперплазия эндометрия
- миома матки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 44 лет обратилась к врачу гинекологу.

### **Жалобы**

На обильные маточные кровотечения со сгустками из половых путей на фоне 6 месяцев приема Ксарелты 20 мг в сутки, схваткообразные боли внизу живота, учащенное сердцебиение и слабость. В поликлинике по месту жительства зарегистрировано снижение гемоглобина до 98 г/л в клиническом анализе крови (7 дней назад).

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 12 лет, МЦ регулярный, 28-30 дней, длительность менструации 5-6 дней умеренные, болезненные, требующие прием анальгетиков или спазмолитиков. Половая жизнь с 18 лет. Беременности – 4, Самопроизвольные роды – 3, неразвивающаяся беременность – 1 (на сроке 16 недель).

Больной себя считает в течение последних 8 месяцев, когда через 2 дня после отмены гормонального вагинального контрацептивного кольца (НоваРинг), которое пациентка использовала в течение 3 лет, а также на фоне приема железосодержащих препаратов по поводу анемии легкой степени, появились боли и отечность левой ноги. Госпитализирована в ГКБ. Диагноз: Илеофemorальный тромбоз слева, окклюзионный тромб общей подвздошной вены слева. При выписке рекомендован прием Ксарелты 30 мг в сутки, через 2 месяца снижение дозы до 20 мг в сутки.

### **Анамнез жизни**

\* в детстве перенесла корь, грипп, ОРЗ; анемия железосодержащая лег.ст.

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственный анамнез: отец – острое нарушение мозгового кровообращения в 45 лет, осложнившееся илеофemorальным тромбозом, мать – хронический калькулезный холецистит, остеопороз в постменопаузе, дефицит витамина Д.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки конической формы, визуально не изменена. Тело матки нормальных размеров, подвижно, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: светлые.

### **Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования, в данном случае, является**

- опухоль яичника
- синдром Ашермана
- гиперплазия эндометрия
- миома матки

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования первой линии, в данном случае, является**

- опухоль яичника
- синдром Ашермана
- гиперплазия эндометрия
- миома матки

### **Результаты**

### **У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является: Аномальное маточное кровотечение и**

- опухоль яичника

- синдром Ашермана
- гиперплазия эндометрия
- миома матки

## **Диагноз**

**Основной целью лечения для данной пациентки является**

- снятие болевого синдрома
- нормализация системы гемостаза
- нормализация уровня гемоглобина
- устранение тахикардии

**В качестве “первой” линии терапии данной пациентке рекомендуется**

- прием НПВС в сочетании с препаратами железа
- прием анальгезирующих и спазмолитических препаратов
- отмена Ксарелты за 1 день до предполагаемого срока менструации и в дни менструации
- использование антифибринолитиков во время менструального кровотечения

**Вероятной причиной развития илеофemorального тромбоза у данной пациентки было использование + \_\_\_\_\_ + препаратов**

- анальгетических
- контрацептивных
- железосодержащих
- спазмолитических

**Дополнительным фактором риска развития тромбоза у данной пациентки является наследственная отягощенность по**

- дефициту витамина (25ОН) Д
- хроническому калькулезному холециститу
- постменопаузальному остеопорозу
- илеофemorальному тромбозу

**В качестве дополнительного лабораторного теста, учитывая наличие наследственных факторов риска тромбозов, пациентке необходимо назначить анализ крови на**

- тромбоэластографию
- определение коллаген-агрегации тромбоцитов

- определение Д-димера
- наследственные тромбофилии высокого риска

**В дальнейшем с целью контрацепции данной пациентке можно рекомендовать**

- спермицидные средства или мини-пили
- трансдермальные контрацептивы
- интравагинальное кольцо
- КОК после реканализации тромба

**С целью дополнительного лабораторного обследования данной пациентке для подбора антианемической терапии необходимы анализы крови на**

- креатинин и амилазу
- общий и прямой билирубин
- железо и ферритин
- аланинаминотрансферазу

**В качестве дополнительного лечения пациентка нуждается в + \_\_\_\_\_ + терапии**

- спазмолитической
- гормональной
- антианемической
- обезболивающей

**Данную пациентку необходимо вести междисциплинарно совместно с**

- спазмолитической
- гормональной
- антианемической
- обезболивающей

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 34 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### **Жалобы**

На болезненные и обильные менструации, продолжающиеся в течение 10-11 дней в течение последних 1,5 лет, сухость кожных покровов, усиленное выпадение волос.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 14 лет, МЦ регулярный – 30-32 день, по 4-5 дней, умеренные, болезненные, последние 1,5 года – до 11 дней. Б-3, роды физиологические в срок – 2, искусственное прерывание беременности – 1 (вакуум-аспирация). В настоящее время беременность не планирует.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* курит в течение 5 лет по 1-2 сигареты в день, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность – не отягощена

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 56 кг. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища обычной окраски, без изъязвлений. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, обычной окраски. Тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, “шаровидной” формы, мягкой консистенции, болезненное, расположено по центру. Своды влагалища свободные, глубокие, безболезненные. Выделения кровянистые скудные.

### **Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- спазмолитической
- гормональной
- антианемической
- обезболивающей

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**В качестве диагностической процедуры первой линии, в данном случае, следует назначить**

- спазмолитической
- гормональной
- антианемической
- обезболивающей

## **Результаты обследования**

**В данном случае ультразвуковое исследование органов малого таза пациентке необходимо провести дважды на 5-7 и + \_\_\_\_\_ + дни цикла**

- 20-23
- 18-20
- 14-16
- 10-11

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является: АМК по типу**

- 20-23
- 18-20
- 14-16
- 10-11

## **Диагноз**

**Целью лечения аномальных маточных кровотечений по типу обильных менструальных кровотечений у данной пациентки является**

- прекращение обильных менструаций
- нормализация уровня АМГ
- уменьшение объема матки
- предгравидарная подготовка

**Для долгосрочной профилактики аномальных маточных кровотечений в качестве первой линии терапии данной пациентке с аденомиозом рекомендовано**

- назначение комбинированных оральных контрацептивов
- применение гестагенов в циклическом режиме
- введение левоноргестрел-содержащей ВМС
- назначение антифибринолитиков (транексамовая кислота)

**В качестве альтернативного метода терапии аномальных маточных кровотечений, обусловленных аденомиозом, можно рассматривать прием**

- гестагенов в циклическом режиме
- комбинированных оральных контрацептивов
- антифибринолитиков (транексамовой кислоты)
- антианемических препаратов

**Обязательным дополнительным мероприятием для данной пациентки перед установкой левоноргестрел-содержащей ВМС будет**

- обследование на ИППП
- биопсия шейки матки
- диагностика внутриутробных инфекций
- магниторезонансная томография малого таза

**Первый осмотр после введения левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы пациентке необходимо проводить через + \_\_\_\_\_ + дней**

- 14-18
- 7-10
- 25-30
- 19-24

**Досрочное удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы пациентке будет оправданно в случае**

- появления сухости кожи
- планирования беременности
- появления фолликулярных кист
- снижения полового влечения

**Первичную оценку эффективности назначенной терапии с целью возможной замены препарата или метода лечения следует провести через + \_\_\_\_\_ + недель от начала гормонального лечения**

- 12
- 8
- 16
- 6

**В случае отсутствия эффекта от консервативной терапии, нарастании степени анемии пациентке следует предложить**

- 12
- 8
- 16
- 6

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Женщина 39 лет обратилась к акушеру- гинекологу.

## **Жалобы**

На длительные кровянистые выделения в течение 2х недель из половых путей, прибавку массы тела за последний год на 8 кг.

## **Анамнез заболевания**

Менархе в 11 лет. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дня по 4-5 дней умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Беременности – 3, роды физиологические в срок – 2, аборт – 1. Предохранение от беременности - барьерный метод. За последний год отметила прибавку массы тела на 8 кг и задержки менструации до 2-х недель, переходящие в кровотечения продолжительностью до 2-3 недель. С целью остановки кровотечения самостоятельно принимала настой листьев крапивы без эффекта.

## **Анамнез жизни**

- \* хронические гастрит; хронический бронхит, мочекаменная болезнь (МКБ);
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность не отягощена

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 90 кг. St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Из наружного зева в незначительном количестве кровянистые выделения. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, неоднородной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки матки слева и справа не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Крестцово-маточные связки без особенностей. Выделения из половых путей кровянистые в незначительном количестве.

**К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для установления причины кровотечения у данной пациентки, относится анализ крови на определение уровня**

- 12
- 8
- 16
- 6

## Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом обследования, в данном случае, является

- 12
- 8
- 16
- 6

## Результаты обследования

У данной пациентки основным диагнозом является: Аномальные маточные кровотечения по типу межменструальных маточных кровотечений и

- 12
- 8
- 16
- 6

## Диагноз

На приеме пациентка онконасторожена. Необходимо объяснить, что частота малигнизации гиперплазии эндометрия в рак эндометрия составляет + \_\_\_\_\_ + %

- 35-40
- 1-6
- 10-15
- 20-30

У обследуемой пациентки индекс массы тела соответствует

- избыточному весу
- ожирению II степени
- ожирению I степени
- нормальному весу

У данной пациентки раннее менархе и + \_\_\_\_\_ + являются факторами риска развития гиперплазии эндометрия

- гастрит
- бронхит
- МКБ

- ожирение

**С целью профилактики аномальных маточных кровотечений и терапии гиперплазии эндометрия без атипии данной пациентке рекомендовано**

- введение гормонального контрацептивного кольца
- длительное динамическое наблюдение
- введение ЛНГ-содержащей внутриматочной системы
- лечение комбинированными оральными контрацептивами

**Пациентка обратилась с жалобами на прекращение менструаций через 6 месяцев после введения ЛНГ-ВМС. Механизм развития вторичной аменореи в данном случае обусловлен**

- снижением уровня эстрадиола
- действием прогестина на эндометрий
- появлением функциональных кист
- воздействием ЛНГ на фолликулогенез

**Левоноргестрел-содержащая внутриматочная система в данном случае введена максимально сроком на + \_\_\_\_ + лет (года)**

- 5
- 3
- 7
- 2

**Терапия ЛНГ-ВМС в данном случае должна быть длительной, так как рецидивы гиперплазии эндометрия без атипии после отмены 6 месяцев гормональной терапии составляет + \_\_\_\_ + %**

- 70
- 40
- 60
- 50

**В случае отсутствия эффекта от 6 месяцев гормональной терапии гиперплазии эндометрия без атипии данной пациентке показано**

- применение тамоксифена в непрерывном режиме в течение 2х лет после удаления левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на терапию агонистом гонадотропин-рилизинг гормона

- продолжение курса в течение 6 месяцев с последующей гистероскопией с диагностическим выскабливанием
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на изолированное применение тамоксифена в течение 6 мес

#### **Резервуар ВМС содержит + \_\_\_\_ + мг левоноргестрела**

- применение тамоксифена в непрерывном режиме в течение 2х лет после удаления левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на терапию агонистом гонадотропин-рилизинг гормона
- продолжение курса в течение 6 месяцев с последующей гистероскопией с диагностическим выскабливанием
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на изолированное применение тамоксифена в течение 6 мес

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Женщина 36 лет обратилась к врачу-гинекологу.

#### **Жалобы**

На болезненные и обильные менструации, продолжающиеся до 12 дней в течение последнего года, слабость, утомляемость.

#### **Анамнез заболевания**

Менархе в 13 лет, МЦ регулярный - 28-31 день, длительность менструации до 34,5 лет 4-5 дней, умеренные, болезненные. Б-3, роды физиологические своевременные – 2.

#### **Анамнез жизни**

- \* в анамнезе- тромбоз вены правой нижней конечности в 30 лет;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность – отягощена (мама – в 45 лет ишемический инсульт)

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 56 кг. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища обычной окраски, не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, эрозирована, бледно-розовая. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, "шаровидной" формы, мягкой консистенции, безболезненное, отклонено кзади. Своды влагалища свободные, глубокие, безболезненные. Выделения бели.

**К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для установления причины кровотечения у данной пациентки, относится**

- применение тамоксифена в непрерывном режиме в течение 2х лет после удаления левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на терапию агонистом гонадотропин-рилизинг гормона
- продолжение курса в течение 6 месяцев с последующей гистероскопией с диагностическим выскабливанием
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на изолированное применение тамоксифена в течение 6 мес

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования у данной пациентки является**

- применение тамоксифена в непрерывном режиме в течение 2х лет после удаления левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на терапию агонистом гонадотропин-рилизинг гормона
- продолжение курса в течение 6 месяцев с последующей гистероскопией с диагностическим выскабливанием
- удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы с переходом на изолированное применение тамоксифена в течение 6 мес

### **Результаты инструментального метода исследования**

**Ультразвуковое исследование органов малого таза пациентке в данном случае необходимо проводить на +\_\_\_\_\_+ и 22-24 дни цикла**

- 14-16
- 16-18
- 2-3
- 5-7

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является:  
Аномальные маточные кровотечения по типу обильных менструальных  
кровотечений и**

- 14-16
- 16-18
- 2-3
- 5-7

### **Диагноз**

**Целью лечения аномальных маточных кровотечений по типу обильных  
менструальных кровотечений у данной пациентки является**

- нормализация уровня гемоглобина
- уменьшение размеров тела матки
- нормализация уровня фолликулостимулирующего гормона
- прекращение объема менструальной кровопотери

**С целью долгосрочной терапии аномальных маточных кровотечений данной  
пациентке рекомендовано**

- назначение этамзилата
- введение ЛНГ-ВМС
- назначение улипристала
- назначение КОК

**Пациентке введена ЛНГ-ВМС, следует оценить правильность ее расположения  
через**

- 6-7 месяцев
- 1-1,5 года
- 7-10 дней
- 2-3 месяца

**При плановом УЗИ органов малого таза у пациентки выявлена фолликулярная  
киста правого яичника размерами 3 см. Вам необходимо предупредить  
пациентку, что частота развития функциональных кист яичников на фоне  
левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- 30-40
- 60-70
- 7
- 45-55

Пациентка обратилась на прием к акушеру-гинекологу для решения вопроса о возможности прекращения терапии ЛНГ-ВМС в связи с снижением либидо в течение 10 месяцев терапии. Однако досрочное удаление левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы пациентке будет оправданно в случае

- наличия кровянистых скудных выделений
- появления функциональных кист
- появления цефалгического синдрома
- заинтересованности в беременности

В качестве альтернативного метода терапии аномальных маточных кровотечений, обусловленных аденомиозом, данной пациентке можно рассматривать

- агонист гонадотропин релизинг гормона
- гормоносодержащее вагинальное кольцо
- трансдермальную контрацептивную систему
- комбинированные оральные контрацептивы

Терапия аГнРГ может проводиться пациентке не более + \_\_\_\_ + месяцев

- 3
- 12
- 10
- 6

Ежедневная доза левоноргестрела, выделяющаяся из резервуара ВМС, составляет + \_\_\_\_ + мкг

- 3
- 12
- 10
- 6

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 34 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### Жалобы

На обильные менструации до 10 дней в течение последних нескольких месяцев, масталгию.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 12,5 лет, МЦ регулярный по настоящее время через 30-32 дня, ранее – длительность менструации 4-5 дня, безболезненные, умеренные, последние 2-3 месяца –10 дней. Половая жизнь с 18 лет. Б-3, Р-2, медикаментозный аборт – 1. Год назад - гистероскопия и диагностическое выскабливание по поводу полипа эндометрия (размерами до 1.5 см).

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* курит 10 лет до 15 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность не отягощена

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая розового цвета, без изъязвлений. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, подвижно, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: бели.

**К одному из обязательных лабораторных методов обследования, необходимых для постановки диагноза у данной пациентки, относится**

- 3
- 12
- 10
- 6

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки пациентке диагноза инструментальным методом обследования является**

- 3
- 12
- 10

- 6

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Необходимым в данном случае для постановки диагноза дополнительным методом обследования является**

- 3
- 12
- 10
- 6

### **Результаты обследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является:  
Аномальные маточные кровотечения по типу**

- 3
- 12
- 10
- 6

### **Диагноз**

**Для устранения аномальных маточных кровотечений в данном случае необходимо**

- коррекция липидного профиля
- нормализация уровня пролактина
- удаление полипа эндометрия
- нормализация уровня АМГ

**С целью лечения данной пациентке следует применять**

- гистерорезектоскопию
- пангистерэктомию
- вакуум-аспирацию матки
- эмболизацию сосудов матки

**Показанием для гистерорезектоскопии у пациентки является**

- субсерозная миома матки
- внутриматочная перегородка
- рецидив полипа эндометрия

- гиперплазия эндометрия

**Пациентке выполнена гистерорезектоскопия, удаление полипа эндометрия. В данном случае морфологическим критерием диагностики полипа эндометрия является наличие**

- железистых структур с эпителием эндометриального типа с признаками атипии клеток
- в основании экзофитного образования клубка толстостенных сосудов
- лимфоидной инфильтрация стромы, плазматических клеток
- склеротических изменений стенок спиральных сосудов

**После проведения гистерорезектоскопии и удаления полипа эндометрия больной следует рекомендовать**

- контрольную гистероскопию через 6 месяцев
- обязательную терапию гормональными контрацептивами
- обязательную терапию гестагенами в циклическом режиме
- гинекологическое обследование и УЗИ малого таза каждые 6 месяцев

**После проведения гистерорезектоскопии и удаления полипа эндометрия больной следует рекомендовать посещать гинеколога 1 раз в + \_\_\_\_ + месяцев (месяца)**

- 24
- 6
- 3
- 12

**При наступлении желанной беременности после удаления полипа эндометрия пациентке следует рекомендовать**

- кюретаж полости матки
- медикаментозное прерывание беременности
- вакуум-аспирацию полости матки
- сохранение беременности

**Пациентка обратилась через год после родов и прекращения лактации для решения вопроса о контрацепции. Учитывая в анамнезе рецидивирующий полип эндометрия ей следует рекомендовать**

- кюретаж полости матки
- медикаментозное прерывание беременности
- вакуум-аспирацию полости матки

- сохранение беременности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 32 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### **Жалобы**

На обильные менструации со сгустками, продолжающиеся 10-12 дней, в течение последних 8-10 месяцев, боли внизу живота, слабость, сухость кожных покровов.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 12 лет, МЦ регулярный по настоящее время через 30-32 дня, ранее до 31 года – длительность менструации 3-4 дня, умеренные (за менструацию использовала до 10 прокладок), безболезненные. Б-1. Р-1.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец здоров, мать и бабушка по материнской линии - миома матки

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 61 кг. Кожные покровы бледные, склеры экскеричные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 87 в 1 мин, АД 95/70 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, подвижно, плотное, безболезненное. Область придатков без особенностей. Выделения из половых путей: бели.

### **Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования, в данном случае, является**

- кюретаж полости матки
- медикаментозное прерывание беременности
- вакуум-аспирацию полости матки

- сохранение беременности

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования первой линии является**

- кюретаж полости матки
- медикаментозное прерывание беременности
- вакуум-аспирацию полости матки
- сохранение беременности

### **Результаты инструментального метода обследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является**

- кюретаж полости матки
- медикаментозное прерывание беременности
- вакуум-аспирацию полости матки
- сохранение беременности

### **Диагноз**

**В качестве дополнительного метода исследования пациентке следует рекомендовать проведение**

- кюретаж полости матки
- медикаментозное прерывание беременности
- вакуум-аспирацию полости матки
- сохранение беременности

### **Результаты обследования**

**Для устранения аномального маточного кровотечения у данной пациентки с субмукозной миомой матки необходимо**

- нормализация уровня пролактина
- повышение уровня гемоглобина
- удаление миоматозного узла
- купирование болевого синдрома

**Для лечения миомы матки с субмукозным расположением узла следует рекомендовать**

- терапию транексамовой кислотой
- гормональную терапию КОК
- хирургическое удаление миомы
- эмболизацию маточных артерий

**В качестве вида хирургического лечения субмукозной миомы матки данной пациентке рекомендована**

- консервативная миомэктомия
- надвлагалищная ампутация матки
- гистерэктомия с придатками
- гистерорезектоскопия миомы

**Длительность предоперационного лечения агнРГ пациентки с миомой матки с субмукозным расположением узла ограничена + \_\_\_\_ + месяцами**

- 9
- 3
- 6
- 4

**С целью предоперационной подготовки и уменьшения размеров миоматозного узла пациентки с миомой матки с субмукозным расположением узла можно назначить**

- агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
- левоноргестрел-содержащую внутриматочную систему
- гормональное контрацептивное кольцо
- комбинированные оральные контрацептивы

**После гистерорезектоскопии и удаления субмукозного миоматозного узла пациентке следует рекомендовать**

- диспансерное наблюдение
- санаторно-курортное лечение
- грязелечение
- фитотерапию

**Частота наступления беременности после гистерорезектоскопии и удаления миомы матки составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- 15-20
- 25-35
- 45-61

- 5-10

**Хирургическое лечение данной пациентке рекомендовано выполнять в плановом порядке на +\_\_\_\_\_+ день менструального цикла**

- 15-20
- 25-35
- 45-61
- 5-10

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 31 года обратилась к врачу-гинекологу.

### **Жалобы**

На появление межменструальных кровянистых выделений из половых путей в течение 6 месяцев, периодические боли внизу живота, на жжение и зуд во влагалище, обильные бели в течение 2-3 последних дней, нагрубание молочных желез во 2-ю фазу м.ц. В связи с отказом от курения в течение 7 месяцев по назначению невролога получает анксиолитик. Женщина планирует беременность.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 14 лет, менструальный цикл регулярный 28-30 дней, длительность менструации 5-7 дней, умеренные, болезненные. Б-1 (1 самопроизвольный выкидыш на сроке 6-7 недель (вакуумная аспирация остатков плодного яйца).

### **Анамнез жизни**

- \* в детском возрасте - частые ОРВИ;
- \* гинекологические заболевания- частые неспецифические вагиниты (до 5 обострений в год);
- \* курит до 20 сигарет в день 5 лет, в последние 7 мес не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственный анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 57 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 минуты. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 ударов в 1 мин, АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки нормальных размеров, подвижно, плотное, безболезненное. Движения за шейку матки болезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей желтоватого цвета с запахом.

**Одним их необходимых для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- 15-20
- 25-35
- 45-61
- 5-10

**Результаты инструментального метода обследования**

**Обязательным методом обследования для постановки диагноза является**

- 15-20
- 25-35
- 45-61
- 5-10

**Результаты обследования**

**Морфологическая диагностика эндометрия у данной пациентки проводится на + \_\_\_\_\_ + день цикла**

- 5-7
- 12-14
- 20-22
- 8-11

**Необходимым для постановки диагноза дополнительным лабораторным методом обследования является**

- 5-7
- 12-14
- 20-22
- 8-11

**Результаты дополнительных лабораторных методов обследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является:  
Аномальные маточные кровотечения по типу межменструальных  
кровотечений и**

- 5-7
- 12-14
- 20-22
- 8-11

**Диагноз**

**Целью лечения в данном случае является**

- нормализация морфо-функциональных изменений в эндометрии
- нормализация состояния молочных желез
- коррекция гормонального профиля (уровня эстрогенов)
- предгравидарная подготовка пациентки

**В качестве первого этапа терапии пациентке показаны**

- половые стероиды
- антибиотики
- антиагреганты
- спазмолитики

**В качестве одного из видов лечения в комплексной терапии данной  
пациентки следует применить**

- физиотерапию
- лимфодренаж
- иглокалывание
- антиоксиданты

**Контроль излеченности пациентки следует проводить на основе**

- данных УЗИ органов малого таза
- заключения офисной гистероскопии
- результата МРТ органов малого таза
- морфологической оценки эндометрия

**Контроль излеченности пациентки следует проводить не ранее, чем через  
+ \_\_\_\_ + недели (неделю) после окончания лечения**

- 4
- 2

- 1
- 3

**Межменструальные маточные кровотечения наиболее часто встречаются при**

- миоме матки
- хроническом эндометрите
- аденомиозе
- коагулопатиях

**Наиболее частым возможным осложнением хронического эндометрита является**

- миоме матки
- хроническом эндометрите
- аденомиозе
- коагулопатиях

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница, повторнородящая 38 лет, на 3-и сутки послеродового периода, после проведенного экстренного кесарева сечения по поводу острой гипоксии плода, находится в послеродовом отделении на совместном пребывании с ребенком

### **Жалобы**

На уплотнение и боли на внутренней поверхности нижней трети правого бедра, отечность правой нижней конечности, незначительный озноб.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились внезапно, без видимого провоцирующего фактора, впервые отметила их 3 часа назад, связывала с длительной ходьбой (обследование ребенка), за время наблюдения на фоне «поднятия» нижней конечности – без положительной динамики

### **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\* 1-я беременность – 10 лет назад, протекала без осложнений, самопроизвольные роды в 40 недель 1 день, без осложнений, родился мальчик 3400 грамм 49 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, здоров, послеродовый период протекал без осложнений, лактация 1,5 года. 2-я и 3-я беременности – неразвивающиеся в сроках 10 и 12 недель, соответственно, abrasio cavi uteri, без осложнений (дообследование не проводилось).

**\*Гинекологический анамнез:\*** не отягощен.

**\*Течение беременности:\*** Данная беременность 4-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – без признаков патологии на момент исследования. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время). Общая прибавка массы тела за беременность + 10 кг.

**\*Соматический анамнез:\*** Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия, последнее обострение в 2014г. Варикозное расширение вен нижних конечностей, последняя контрольная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей 2 года назад, заключение: варикозная болезнь обеих нижних конечностей, рекомендована компрессия – класс II (носила не регулярно). Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

**\*Наследственность:\*** отец и старший брат умерли в возрасте 39 и 28 лет, соответственно, от острого нарушения мозгового кровообращения.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Матка при пальпации плотная, дно на 12-13 см выше лона. Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации в области операционной раны, не вздут, перистальтика выслушивается – активная. Самостоятельный стул – был. Молочные железы при пальпации мягкие, отделяемое из сосков – молозиво. Рост 168 см, масса тела 92 кг. АД 100/75 мм.рт.ст., PS 103 уд/мин, тоны сердца ритмичные, t тела 36,6°C (в локтевом сгибе, ч/з 40 мин после кормления).

**\*Status localis\*:** на медиальной поверхности нижней трети правого бедра определяется локально гиперемированное уплотнение, умеренно болезненное при пальпации.

**К необходимым в данной ситуации первичным методам обследования для определения круга диагностического поиска относится**

- миоме матки
- хроническом эндометрите
- аденомиозе
- коагулопатиях

### **Результаты обследования**

**Наиболее информативным лабораторным методом обследования для уточнения диагноза является**

- миоме матки
- хроническом эндометрите
- аденомиозе
- коагулопатиях

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является:  
3-и сутки после II своевременных оперативных родов,**

- миоме матки
- хроническом эндометрите
- аденомиозе
- коагулопатиях

### **Диагноз**

**Учитывая данные семейного и личного тромботического анамнеза, пациентке показано дообследование на наличие**

- реактивного тромбоцитоза
- компенсаторной ретикулоцитопении
- функциональной гипербилирубинемии
- наследственных тромбофилий

**Контроль состояния свертывающей системы крови при назначении лечебных доз НМГ осуществляется путем определения**

- протромбина по Квику
- сывороточного фибриногена
- тромбинового времени
- анти-Ха-активности

**Применение холода на пораженную конечность рекомендуют в течении первых + \_\_\_\_\_ + дней**

- 3-х
- 5-х
- 7-ти
- 10-ти

**В данной ситуации проведение тромболитической терапии не рекомендуется, так как несет потенциально высокий риск вследствие развития + \_\_\_\_\_ + осложнений**

- септических
- тромбоэмболических
- тромботических
- геморрагических

**При назначении терапии нефракционированными гепаринами (10000 – 15000 ЕД подкожно каждые 8ч) уровень АЧТВ по сравнению с нормой должен увеличиваться в + \_\_\_\_\_ + раза**

- 2 – 2,5
- 1,5 – 2
- 2,5 – 3
- 0,3 – 0,8

**Предпочтительным в данной ситуации является назначение низкомолекулярных гепаринов по сравнению с терапией нефракционированными гепаринами, вследствие**

- неинвазивного способа приема
- таргетной доставки препарата
- меньшей кратности инъекций
- меньшего болевого синдрома в месте инъекции

**При выписке из стационара родильнице следует рекомендовать эластическую компрессию вен нижних конечностей в течение + \_\_\_\_\_ + лет**

- 1,5 – 2
- 2 – 3
- 3 – 4
- 4 – 5

**Флотирующий тромб магистральной вены свидетельствует о наличии потенциального источника**

- тромбоэмболии селезеночной артерии
- дистального метастатического очага
- дистального септического очага
- тромбоэмболии легочной артерии

**Одним из методов хирургической профилактики ТЭЛА, при тромбозе вен нижних конечностей, является установка кава-фильтра. При невозможности данной процедуры производят + \_\_\_\_\_ + нижней полой вены**

- тромбоэмболии селезеночной артерии

- дистального метастатического очага
- дистального септического очага
- тромбоэмболии легочной артерии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства обратилась первобеременная 25 лет со сроком беременности 18 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На кашель с обильным количеством густой мокроты, одышку, чувство жара и слабость

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 5-ти дней, с усилением кашля, появлением густой «зеленоватой» мокроты, а так же присоединением чувства жара и слабости. Дома самостоятельно принимала Парацетамол с нестойким эффектом, народные средства (горячий чай с малиной). Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием акушера-гинеколога 2 недели назад.

### **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\* не отягощен.

\*Гинекологический анамнез:\* не отягощен.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 1-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – запланирован в 19 недель. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Мальтофер по 1 таблетке 1 раз в день (латентный железодефицит). Общая прибавка массы тела за беременность + 4 кг.

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: ХОБЛ, легкой степени тяжести, низкий риск обострений - по GOLD 1-2, последнее обострение в 2014г. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

\*Вредные привычки:\* курение с 16 лет по 1-2 пачки сигарет в сутки, во время беременности 1-2 сигареты в сутки.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 168 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 100 уд/мин, тоны сердца ритмичные, t тела 38,3°C, субъективно отмечает озноб, чувство жара. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации не возбудима. ВДМ 19 см.

ЧСС плода выслушано доптоном – ясное, ритмичное 154-162 уд/мин.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**К необходимым в данной ситуации первичным физикальным методам обследования для определения вектора диагностического поиска относятся**

- тромбоэмболии селезеночной артерии
- дистального метастатического очага
- дистального септического очага
- тромбоэмболии легочной артерии

**Результаты обследования**

**Наиболее информативными лабораторными методами обследования для уточнения диагноза являются**

- тромбоэмболии селезеночной артерии
- дистального метастатического очага
- дистального септического очага
- тромбоэмболии легочной артерии

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 18 недель 3 дня**

- тромбоэмболии селезеночной артерии
- дистального метастатического очага
- дистального септического очага
- тромбоэмболии легочной артерии

**Диагноз**

**Дифференциальную диагностику следует проводить с**

- туберкулезом
- ангиной
- ларингитом

- ОРВИ

**В случае прогрессии заболевания, клиническим симптомом ухудшения течения заболевания будет являться**

- цианоз кожных покровов
- обильный продуктивный кашель
- сохраняющаяся слабость и астения
- жесткое дыхание при аускультации

**Лечение пациентки следует проводить в условиях**

- амбулаторного наблюдения
- стационара дневного пребывания
- круглосуточного стационара
- патронажа на дому под контролем участкового терапевта

**Антибактериальную терапию следует назначать с учетом данных**

- чувствительности к антибиотикам
- эпидемиологической ситуации
- личного и семейного анамнеза
- характера течения заболевания

**Эффективность лечения оценивают на основании результатов**

- клинического анализа крови
- общего анализа мокроты
- динамики посева мокроты
- бронхоскопической картины

**В качестве стартовой терапии данной пациентке следует рекомендовать комбинацию препаратов, состоящую из цефалоспоринов III поколения и**

- фторхинолонов
- аминогликозидов
- макролидов
- карбопенемов

**Учитывая развившуюся у пациентки бронхопневмонию, необходимо приступить к антибактериальной терапии в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 12
- 48
- 24

- 4

### **К типичному возбудителю пневмонии относят**

- Chlamydomphila pneumoniae
- Streptococcus pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Legionella pneumophila

### **Риск осложнений от пневмонии и материнская смертность выше у пациенток с наличием**

- Chlamydomphila pneumoniae
- Streptococcus pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Legionella pneumophila

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства обратилась первородящая 27 лет со сроком беременности 32 недель 4 дня.

### **Жалобы**

С жалобами на приступы удушья и одышку после продолжительной прогулки и спонтанный приступ ночью на фоне обострения сезонного поллиноза. Приступ сопровождается болезненными тянущими болями внизу живота.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 2-х недель с началом периода весеннего цветения, 3 недели назад перенесла ОРВИ. Затем приступы повторялись несколько раз в течение недели. В подростковом возрасте частые приступы удушья (трактовали как круп), затем спонтанно прекратились. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием акушера-гинеколога 2 недели назад.

### **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\* не отягощен.

\*Гинекологический анамнез:\* 2015г. на фоне нарушения менструального цикла по УЗИ диагностирована фолликулярная киста правого яичника, в плановом порядке проведена лапароскопия, удаление кисты.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 1-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает).

Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – без признаков патологии на момент исследования. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Мальтофер 200 мг/сут с 30 недель (железодефицитная анемия - HGB=99 г/л, по настоящее время). Общая прибавка массы тела за беременность + 13 кг.  
\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия, последнее обострение в 2014г. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает. Пищевая аллергия на цитрусовые (крапивница)  
\*Наследственность:\* мать страдает тяжелой формой бронхиальной астмы.  
\*Вредные привычки:\* отрицает

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 168 см, масса тела 73 кг. АД 118/78 мм.рт.ст., PS 78 уд/мин, тоны сердца ритмичные, t тела 36,6°C, ЧДД 19/мин. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу малого таза. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

ЧСС плода выслушано доптоном – ясное, ритмичное 130-146 уд/мин.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 21 см.

**Для исключения/подтверждения наличия угрожающих преждевременных родов и решения вопроса о проведении профилактики респираторного дистресс-синдрома плода пациентке необходимо провести**

- Chlamydomphila pneumoniae
- Streptococcus pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Legionella pneumophila

### **Результаты обследования**

**Для выявления значимости аллергического компонента пациентке следует рекомендовать провести оценку**

- Chlamydomphila pneumoniae
- Streptococcus pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Legionella pneumophila

## **Результаты обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 32 недели 4 дня, головное предлежание, угрожающие ранние преждевременные роды**

- Chlamydomphila pneumoniae
- Streptococcus pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Legionella pneumophila

## **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику следует проводить с**

- острым гнойным синуситом
- раком щитовидной железы
- раком паращитовидных желез
- гастро-эзофагиальным рефлюксом

**Для мониторинга эффективности терапии в домашних условиях пациентке следует рекомендовать**

- спирографию
- пневмотахометрию
- пикфлоуметрию
- спирометрию

**С целью дообследования и лечения данная пациентка должна быть направлена к**

- пульмонологу
- аллергологу
- иммунологу
- эндокринологу

**К лекарственным препаратам 1-й группы в качестве поддерживающей терапии БА относят**

- ингаляционные  $\beta_2$ -адреноблокаторы
- ингаляционные холинолитики
- ингаляционные глюкокортикоиды
- ингаляционные антилейкотриены

**Токолитическим препаратом выбора с бронходилатирующим эффектом в данной ситуации выступает**

- атосибан
- нифедипин
- гексопреналин
- индометацин

**При лечении обострений БА беременной абсолютно противопоказано назначение**

- ипратропия бромида
- кромогликата натрия
- эфедрина
- теофиллина

**При необходимости применения системных глюкокортикоидов препаратом выбора является**

- преднизолон
- бетаметазон
- триамцинолон
- кортинефф

**Снижение общей емкости легких отмечается и усиливается в сроках беременности + \_\_\_\_\_ + недель**

- 24 – 26
- 32 – 35
- 36 – 38
- 19 – 20

**Пациенткам с БА показано обязательное планирование беременности с**

- 24 – 26
- 32 – 35
- 36 – 38
- 19 – 20

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

На прием к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства обратилась повторнородящая 32 лет со сроком беременности 38 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На чувство жара и слабость, заложенность носа, боли в горле и продуктивный кашель

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 4-х дней, с постепенным присоединением кашля со 2-3 суток, ранее отмечает схожие симптомы у сына. Дома самостоятельно принимала Парацетамол с нестойким эффектом, народные средства (горячий чай с малиной). Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием акушера-гинеколога 1,5 недели назад.

### **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\* не отягощен. 1-я беременность – 4 года назад, протекала без осложнений, самопроизвольные роды в 40 недель 1 день, без осложнений, родился мальчик 3400 грамм 49 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, здоров, послеродовый период протекал без осложнений, лактация 1,5 года.

\*Гинекологический анамнез:\* миома матки малых размеров, по передней стенке интрамуральный узел 12x15 мм.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 2-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – без признаков патологии на момент исследования. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 21 неделю – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища).  
Общая прибавка массы тела за беременность + 6 кг.

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ – редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия, последнее обострение в 2014г. Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 168 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 100 уд/мин, тоны сердца ритмичные, t тела 38°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации слабо возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу малого таза. Шевеления плода

ощущает хорошо, активные.

ЧСС плода выслушано доптоном – ясное, ритмичное 130-146 уд/мин.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

**К необходимым, в данной ситуации, первичным методам обследования для определения круга диагностического поиска относятся**

- 24 – 26
- 32 – 35
- 36 – 38
- 19 – 20

**Результаты обследования**

**Наиболее информативными лабораторно-инструментальными методами обследования для уточнения диагноза являются**

- 24 – 26
- 32 – 35
- 36 – 38
- 19 – 20

**Результаты лабораторно-инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 38 недель 3 дня, головное предлежание, грипп А (H1N1) и**

- 24 – 26
- 32 – 35
- 36 – 38
- 19 – 20

**Диагноз**

**В случае прогрессии заболевания, клиническим симптомом ухудшения течения заболевания будет являться**

- жесткое дыхание при аускультации
- обильный продуктивный кашель
- цианоз кожных покровов
- сохраняющаяся слабость и астения

**В данном случае будет эффективно назначение противогриппозных препаратов из группы**

- ингибиторов нейраминидазы
- ингибиторов обратной транскриптазы
- блокаторов кальциевых каналов
- ингибиторов вирусной ДНК-полимеразы

**Лечение пациентки с признаками гриппа следует начинать в течение первых + \_\_\_\_\_ + часов заболевания**

- 68
- 54
- 48
- 72

**К неэффективным в отношении лечения вируса гриппа препаратам относится**

- амиксин
- римантадин
- занамивир
- озельтамивир

**С целью нормализации температуры тела следует назначить данной пациентке**

- нимесулид
- аналгин
- ибупрофен
- парацетамол

**Учитывая развившуюся у пациентки двустороннюю бронхопневмонию, необходимо приступить к антибактериальной терапии в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 24
- 48
- 4
- 12

**В качестве стартовой антибактериальной терапии данной пациентке следует рекомендовать комбинацию препаратов, состоящую из цефалоспоринов III поколения и**

- макролидов
- карбопенемов
- аминогликозидов
- фторхинолонов

**В случае развития спонтанной родовой деятельности предпочтительным методом родоразрешения у данной пациентки будет родоразрешение**

- путем операции кесарева сечения
- путем вакуум-экстракции плода
- путем наложения акушерских щипцов
- через естественные родовые пути

**К методам специфической профилактики гриппа относится**

- путем операции кесарева сечения
- путем вакуум-экстракции плода
- путем наложения акушерских щипцов
- через естественные родовые пути

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение родильного дома (стационар II уровня) по месту жительства самотеком обратилась повторнородящая 32 лет со сроком беременности 35 недель 3 дня

### **Жалобы**

На ограниченное покраснение кожи, уплотнение и боли на внутренней поверхности верхней трети правой голени, так же отмечает, что в течение последней недели беспокоят отеки голеней и стоп обеих нижних конечностей

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы появились внезапно, без видимого провоцирующего фактора, в течение последних 8-ми часов, с постепенным нарастанием выраженности вышеуказанных симптомов. Дома самостоятельно однократно сделала подкожную инъекцию Эноксапарина натрия 0,4 мл подкожно в живот (прочитала на форуме «Молодая мама» в интернете), местно прикладывала лед на пораженную область. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием акушера-гинеколога 1,5 недели назад – плановый осмотр, по результатам физикального обследования и оценки клинико-лабораторных параметров без особенностей.

## **Анамнез жизни**

\*Акушерский анамнез:\* неотягощен. 1-я беременность – 4 года назад, протекала без осложнений, самопроизвольные роды в 40 недель 1 день, без осложнений, родился мальчик 3400 грамм 49 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, здоров, послеродовый период протекал без осложнений, лактация 1,5 года.

\*Гинекологический анамнез:\* неотягощен.

\*Течение беременности:\* Данная беременность 2-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по mensis и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – без признаков патологии на момент исследования. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 21 неделю – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища). Общая прибавка массы тела за беременность + 8 кг.

\*Соматический анамнез:\* Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ – редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия, последнее обострение в 2014г. Варикозное расширение вен нижних конечностей, последняя контрольная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей 2 года назад, заключение: варикозная болезнь обеих нижних конечностей, рекомендована компрессия – класс II (носила не регулярно). Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

## **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное.

\* Рост 168 см, масса тела 78 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., PS 84 уд/мин, тоны сердца ритмичные, t тела 36,9°C. Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

\* Матка при пальпации слабо возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу малого таза. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

\* ЧСС плода выслушано доптоном – ясное, ритмичное 130-146 уд/мин.

\* Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

## **К необходимым в данной ситуации первичным методам обследования для определения вектора диагностического поиска относятся**

- путем операции кесарева сечения
- путем вакуум-экстракции плода
- путем наложения акушерских щипцов

- через естественные родовые пути

### **Результаты обследования**

**Наиболее информативными лабораторными методами обследования для уточнения диагноза являются**

- путем операции кесарева сечения
- путем вакуум-экстракции плода
- путем наложения акушерских щипцов
- через естественные родовые пути

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 35 недель 3 дня, головное предлежание,**

- путем операции кесарева сечения
- путем вакуум-экстракции плода
- путем наложения акушерских щипцов
- через естественные родовые пути

### **Диагноз**

**К наиболее диагностически точным методам инструментальной диагностики для верификации диагноза, рекомендованным в данной ситуации, относят**

- рентгеноконтрастную флебографию
- магнитно-резонансную томографию
- импедансную плетизмографию
- ультразвуковую доплерографию

**Исходя из клинической ситуации, данной пациентке должна быть предложена консультация сосудистого хирурга с последующей плановой госпитализацией в сроке беременности + \_\_\_\_\_ + недель/неделя**

- 38-39
- 40-41
- 41-42
- 39-40

**После дообследования беременной, при относительной готовности родовых путей и отсутствии противопоказаний, роды должны быть**

- программированными
- оперативными
- преждевременными
- спонтанными

**В случае развития регулярной родовой деятельности, роды у данной пациентки следует вести под**

- регионарной анестезией
- пудендальной анестезией
- масочной анестезией (закрытым способом)
- внутривенной анестезией

**Важным немедикаментозным методом коррекции будет являться назначение эластической компрессии вен нижних конечностей, с целью предупреждения рефлюкса и**

- перенаправления венозного возврата
- уменьшения венозного застоя
- снижения объема циркулирующей крови
- увеличения общего сопротивления сосудов

**В случае развития регулярной родовой деятельности у данной пациентки, введение катетера для нейроаксиальной анестезии возможно спустя + \_\_\_\_\_ + часов после последней инъекции НМГ (низкомолекулярного гепарина)**

- 6-8
- 8-10
- 12-18
- 4-6

**Данной пациентке, при отсутствии отрицательной динамики по данным физикального обследования, в послеродовом периоде следует выполнить УЗИ сосудов нижних конечностей на + \_\_\_\_\_ + сутки после родов**

- 1 – 2
- 3 – 4
- 10 – 11
- 5 – 6

**После завершения лактации с данной пациенткой следует провести беседу о контрацепции и не рекомендовать**

- эстроген-гестагенные контрацептивы
- установку внутриматочной спирали
- контрацептивы мини-пили
- интравагинальные спермициды

**Летальность от венозных тромбоэмболических осложнений после операции кесарева сечения составляет + \_\_\_\_\_ + на 10000 оперативных вмешательств**

- эстроген-гестагенные контрацептивы
- установку внутриматочной спирали
- контрацептивы мини-пили
- интравагинальные спермициды

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 27 лет, срок беременности 7 недель 4 дня. Обратилась на амбулаторный прием к акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

3 последовательные замершие беременности на сроках 15, 13 и 17 недель. После прерывания в каждую выполнялось гистологическое исследование: нарушение созревания ворсин хориона, нарушение ветвления, тромбы в просветах сосудов.

После второй замершей обследована, исключены наиболее вероятные инфекционные причины, наследственные тромбофилии (выявлены среднепопуляционные полиморфизмы (MTHFR +-MTRR+- PAI++ ITGA2++), впервые обращено внимание на увеличение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) до 62, антитела к кардиолипину (АКЛ) суммарные 157 (более 10 норм), антитела к В2 гликопротеину 1 (АнтиВ2 ГП1) 167 (10 норм).

Антифосфолипидные антитела (АФА) повторно сданы через 12 недель- титры в прежних интервалах. Обращено внимание на минимальную протеинурию (0,3 г/л) и креатинин 105 мкмоль/л.

Рекомендован плазмаферез, всего выполнено 10 процедур, с последующим введением внутривенного иммуноглобулина, однако после этого титры еще увеличились (АКЛ суммарные 192, антиВ2 ГП1 > 200).

### **Анамнез жизни**

Соматически здорова

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

2015г- I-ая беременность, замершая беременность на сроке 15 нед.

2016г.-II-ая беременность, замершая беременность на сроке 13 нед.

2017г.-III-я беременность, замершая беременность на сроке 17 нед.

IV-настоящая беременность, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

ИМТ 22 кг/м<sup>2</sup>.

Неврологической симптоматики нет.

Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Для уточнения тактики дальнейшего ведения пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются исследования**

- эстроген-гестагенные контрацептивы
- установку внутриматочной спирали
- контрацептивы мини-пили
- интравагинальные спермициды

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо оценить**

- эстроген-гестагенные контрацептивы
- установку внутриматочной спирали
- контрацептивы мини-пили
- интравагинальные спермициды

### **Результаты обследования**

**На основании полученных результатов клинико-лабораторного обследования предположительном диагнозом у данной пациентки является наличие**

- эстроген-гестагенные контрацептивы
- установку внутриматочной спирали
- контрацептивы мини-пили
- интравагинальные спермициды

## **Диагноз**

**На первом же приеме была инициирована гепаринопрофилактика в связи с**

- синдромом потери плода в анамнезе
- высоким уровнем Д-димера
- высоким риском преэклампсии
- высоким тромбогенным риском

**В данной ситуации рекомендовано назначение**

- гепаринотерапии и дипиридамола
- гепаринопрофилактики и аспирина
- гепаринотерапии и сулодексида
- высоких доз фолиевой кислоты

**Согласно скринингу первого триместра, у данной пациентки выявлено низкое содержание плацентарного фактора (PIGF 0,3 MoM), в связи с чем оправдано**

- добавление дипиридамола
- увеличение дозы аспирина до 150 мг
- назначение экулизумаба
- увеличение доз гепарина

**При выборе препаратов тромبوпрофилактики в данном случае стоит предпочесть**

- антагонисты витамина К
- нефракционированный гепарин
- новые оральные антикоагулянты
- низкомолекулярный гепарин

**При назначении ацетилсалициловой кислоты в дозе 150 мг в данной ситуации мониторинг агрегации тромбоцитов**

- возможен, но не обязателен
- требуется раз в месяц
- требуется раз в триместр
- совсем не требуется

**К препаратам, применение которых может улучшить исходы беременности в данной ситуации, относится**

- экулизумаб
- ритуксимаб

- гидроксихлорохин
- дипиридамол

**Пациентка была госпитализирована на сроке 24 нед. в связи с развитием признаков тяжелой преэклампсии, однако за два часа до госпитализации ввела себе внеочередную более высокую дозу гепаринов по совету подруги и поступила с множественными геморрагическими высыпаниями на коже живота, в связи с чем необходимо введение**

- глюкозо-инсулиновой смеси
- фондапаринукса
- глюкокортикоидов
- протамина сульфата

**С учетом рефракторного к «рутинной» терапии АФС оправданным в следующую беременность считается**

- пульс-терапия преднизолоном
- ежемесячные инфузии ритуксимаба
- добавление гидроксихлорохина
- увеличение доз гепаринопрофилактики

**Тактика ведения данной пациентки в следующую беременность заключается в назначении комбинации**

- пульс-терапия преднизолоном
- ежемесячные инфузии ритуксимаба
- добавление гидроксихлорохина
- увеличение доз гепаринопрофилактики

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первобеременная 26 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение скоромощного многопрофильного стационара. Срок беременности 32 недели 2 дня.

### **Жалобы**

На повышение артериального давления до 170/110 мм рт.ст., головную боль и боль в эпигастрии.

### **Анамнез заболевания**

В течение длительного времени до беременности получала комбинированные

оральные контрацептивы. Данная беременность наступила самостоятельно сразу после отмены контрацепции. На сроке 28 недель впервые зарегистрирована артериальная гипертензия (АГ) 145 и 95 мм рт ст., далее при самоконтроле- стойкая АГ 140-150 и 90-100 мм рт ст, антигипертензивную терапию не получала.

### **Анамнез жизни**

\* Редкие эпизоды повышения АД до 140 и 90 при стрессовых ситуациях, не обследована.

\* Гинекологические заболевания отрицает.

\* Акушерский анамнез: Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки тяжелое. ИМТ 28 кг/м<sup>2</sup>. Отмечает мелькание мушек перед глазами. Без очаговой неврологической симптоматики. Пульс 82, АД правая рука 180\120, левая рука 172\112.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, умеренная болезненность при пальпации в правом подреберье. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеки лица, кистей, передней брюшной стенки, голеней и стоп. Моча- по катетеру 70 мл темной мочи.

**Для уточнения тактики дальнейшего ведения пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются исследования**

- пульс-терапия преднизолоном
- ежемесячные инфузии ритуксимаба
- добавление гидроксихлорохина
- увеличение доз гепаринопрофилактики

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки являются**

- пульс-терапия преднизолоном
- ежемесячные инфузии ритуксимаба
- добавление гидроксихлорохина
- увеличение доз гепаринопрофилактики

**Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании результатов обследования беременной 32 нед. выявлены признаки**

- пульс-терапия преднизолоном
- ежемесячные инфузии ритуксимаба
- добавление гидроксихлорохина
- увеличение доз гепаринопрофилактики

**Диагноз**

**С учетом выявленных лабораторных изменений в данной ситуации возможно**

- пролонгирование беременности даже при неконтролируемой артериальной гипертензии у матери для наилучших неонатальных исходов
- плановый подбор антигипертензивной терапии для матери, мониторинг мочи и постепенная подготовка к возможному родоразрешению
- пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой артериальной гипертензии и прогрессирования органной дисфункции у матери
- только родоразрешение - прекращение жизнеугрожающей беременности, поскольку HELLP-синдром относится к критическим состояниям акушерства

**Учитывая тяжелую преэклампсию, первым по порядку лечебно-диагностическим мероприятием является**

- введение магния сульфата 25%
- проведение КТ головного мозга
- проведение мониторинга КТГ
- выполнение УЗДГ почечных артерий

**Госпитализация пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- невынашивания беременности
- патологии беременности
- физиологическое акушерское
- анестезиологии и реанимации

**Для инфузии сульфата магнезии в данном случае необходимо выполнить катетеризацию**

- подключичной вены
- бедренной вены

- бедренной артерии
- периферической вены

**К лечебно-диагностическим мероприятиям для данной пациентки относятся**

- стабилизация состояния матери и срочное родоразрешение в течение нескольких часов
- назначение высоких доз преднизолона и начало плазмотерапии до родоразрешения
- подбор антигипертензивной терапии и инициация антикоагулянтной терапии
- динамическое наблюдение в отделении патологии беременных до срока 37 недель

**При выборе дальнейшей тактики ведения в данной ситуации профилактика РДС плода является**

- относительно противопоказанной с учетом тяжести преэклампсии
- абсолютно противопоказанной из-за артериальной гипертензии
- рекомендуемой к проведению с учетом срока беременности
- возможной, но не обязательной, на усмотрение лечащего врача

**Пациентка была родоразрешена, однако в течение 3 дней после родов отсутствует улучшение состояния пациентки, уровень тромбоцитов не превышает 100 тыс в мкл, в связи с чем в спектр обсуждаемых диагнозов будет входить**

- острая жировая дистрофия печени
- иммунная тромбоцитопеническая пурпура
- атипичный гемолитико-уремический синдром
- гестационная тромбоцитопения

**С учетом отсутствия динамики после родов в данной ситуации тактика, позволяющая уточнить диагноз пациентки, заключается в исследовании**

- прокальцитонина
- желчных кислот
- уровня ADAMTS13
- С-реактивного белка

**При отсутствии улучшения состояния через 72 часа при адекватной своевременно начатой терапии был получен результат ADAMTS13 36%, в связи с чем необходимым является**

- прокальцитонина
- желчных кислот
- уровня ADAMTS13
- С-реактивного белка

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница 31 года переведена бригадой скорой помощи в роддом третьего уровня в связи с отсутствием улучшения состояния после родов по поводу тяжелой преэклампсии на сроке 30 недель. На момент перевода - 4ые сутки после родоразрешения.

Осмотр акушера-гинеколога.

### **Жалобы**

В связи с тяжестью состояния жалоб не предъявляет (уровень сознания кома 2).

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1ая, самопроизвольная, по данным обменной карты протекала без особенностей. Госпитализирована в 30 недель в связи с появлением кровянистых выделений из половых путей. При госпитализации выявлена антенатальная гибель плода, экстренно родоразрешена.

Интраоперационно зарегистрировано артериальное давление (АД) 200 и 120 мм рт ст, анурия. После родов уровень нарушения сознания сопор, затем кома. Переведена на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ)

### **Анамнез жизни**

\* Соматически здорова

\* Акушерский анамнез: Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки крайней степени тяжести. Уровень сознания кома 2. Пульс 112, АД прав рука 170\120, левая рука 168\115. Дыхание аппаратное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы набухли. Живот увеличен согласно срокам родоразрешения. Перистальтика ослаблена. Отеки лица, кистей, голеней и стоп.

**Для уточнения тактики дальнейшего ведения пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- прокальцитонина
- желчных кислот

- уровня ADAMTS13
- С-реактивного белка

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- прокальцитонина
- желчных кислот
- уровня ADAMTS13
- С-реактивного белка

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Несомненным в данном случае является наличие у пациентки**

- прокальцитонина
- желчных кислот
- уровня ADAMTS13
- С-реактивного белка

### **Диагноз**

**Для выбора тактики ведения и назначения основной терапии в данной ситуации обязательным является консультация**

- терапевта
- хирурга
- гепатолога
- бактериолога

**У пациентки с полиорганной недостаточностью и анурией имеются признаки угрожающего отека легких, в связи с чем первым по порядку лечебном мероприятием является**

- назначение нитратов и норадреналина
- форсирование диуреза фуросемидом
- применение магния сульфата
- заместительная почечная терапия

**Госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- послеродовое

- неврологии
- кардиологии
- реанимации

**Состояние пациентки тяжелое, тяжесть состояния обусловлена наличием полиорганной недостаточности, в связи с чем оправдана**

- исключительно магниезальная терапия
- титрация кардиотонических препаратов
- ампутация /экстирпация матки с придатками
- комплексная посиндромная интенсивная терапия

**В связи с высоким риском тромботических осложнений необходима тромбопрофилактика, для начала которой необходимо дождаться**

- достижения количества тромбоцитов 70 000 в мкл
- значимого повышения уровня Д-димера
- достижения количества тромбоцитов 50 000 в мкл
- появления гиперкоагуляции по тромбоэластографии

**Для диагностики возможного септического процесса в случаях прогрессии полиорганной недостаточности после родов, как в данной ситуации, необходимо наличие**

- только повышения С-реактивного белка
- только высокого уровня прокальцитонина
- только гектической лихорадки более 3 дней
- очага инфекции и полиорганной недостаточности

**В данной ситуации была зарегистрирована быстрая прогрессия полиорганной недостаточности и тяжести состояния после родов с преобладанием анурии, в связи с чем наиболее вероятным диагнозом является**

- иммунная тромбоцитопеническая пурпура
- острая жировая дистрофия печени беременных
- геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
- атипичный гемолитико-уремический синдром

**Тактика, позволяющая уточнить диагноз данной пациентки, заключается в выполнении**

- биопсии сердца
- исследования ADAMTS13
- генетики комплемента

- биопсии печени

**При отсутствии улучшения состояния через 72 часа при адекватной своевременно начатой терапии был получен результат ADAMTS13 89%, в связи с чем необходимым является введение**

- биопсии сердца
- исследования ADAMTS13
- генетики комплемента
- биопсии печени

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 28 лет, срок беременности 12 недель. Обратилась на амбулаторный прием к акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность вторая. В 2015 г. тяжелая преэклампсия на сроке 26 недель, ребенок 590 г, умер на 3-и сутки после родоразрешения. Обследована, выявлено носительство полиморфизмов ингибитора активатора плазминогена (PAI) 4G4G, и бета цепи фибриногена (FGB) GA.

Антифосфолипидные антитела: из всего спектра антител выявлены только антитела к протромбину класса М в титре 12 (норма менее 7).

### **Анамнез жизни**

- \* Соматически здорова
- \* Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

- \* 2015г. - I-ая беременность, тяжелая преэклампсия на сроке 26 недель.
- \* II-настоящая беременность, наступила самопроизвольно.
- \* Наследственность: неотягощена.

### **Объективный статус**

ИМТ 22 кг/м<sup>2</sup>.

Неврологической симптоматики нет.

Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Для уточнения тактики дальнейшего ведения пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- биопсии сердца
- исследования ADAMTS13
- генетики комплемента
- биопсии печени

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо**

- биопсии сердца
- исследования ADAMTS13
- генетики комплемента
- биопсии печени

**Результаты обследования**

**На основании полученных результатов клинико-лабораторного обследования можно сделать заключение о том, что пациентка имеет**

- биопсии сердца
- исследования ADAMTS13
- генетики комплемента
- биопсии печени

**Диагноз**

**Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является только**

- количество полиморфизмов
- риск преэклампсии
- тромбогенный риск
- уровень Д-димера

**В данном клиническом случае имеется изолированное повышение Д-димера при низком тромбогенном риске, в связи с чем оправдано**

- назначить гепаринопрофилактику
- повторно исследовать Д-димер
- не назначать гепаринопрофилактику
- назначить антагонисты витамина К

**При наличии преэклампсии в анамнезе у пациентки с полиморфизмами генов гемостаза и наличием антител к протромбину оправдано назначение только**

- ацетилсалициловой кислоты
- гепаринопрофилактики
- дипиридамола
- гепаринотерапии

**У пациентки в 20 нед. появились слабовыраженные отеки на обеих нижних конечностях при протеинурии 0,1 г/л в суточной порции и нормальном уровне артериального давления (АД), что позволяет диагностировать**

- ранний дебют умеренной преэклампсии
- идиопатические отеки беременных
- острый илеофemorальный тромбоз
- тромбоз глубокой вены голени

**При назначении ацетилсалициловой кислоты в данной ситуации мониторинг агрегации тромбоцитов**

- не производится
- выполняется раз в триместр
- показан при кровотечении
- выполняется в начале терапии

**В данной ситуации кроме ацетилсалициловой кислоты рекомендован прием**

- рыбьего жира (омега 3)
- гепаринопрофилактики
- витаминов Е и С
- препаратов кальция

**В 24 недели у данной пациентки в разовой порции мочи был выявлен белок в количестве 0,3 г/л, в связи с чем необходимо**

- диагностировать преэклампсию и госпитализировать пациентку
- инициировать гепаринопрофилактику, если она не была назначена
- выполнить исследование мочи с помощью тест-полоски на приеме
- провести количественное определение белка в суточной порции мочи

**В данном случае при преэклампсии в анамнезе пациентка имеет существенно более высокий риск развития**

- венозных тромбоэмболических осложнений

- преэклампсии в настоящую беременность
- любых гестационных осложнений
- гестационного сахарного диабета

**При обращении на прием на сроке 12 недель тактика ведения данной пациентки заключается в**

- венозных тромбозмболических осложнений
- преэклампсии в настоящую беременность
- любых гестационных осложнений
- гестационного сахарного диабета

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница 37 лет переведена бригадой скорой помощи в роддом третьего уровня в связи с отсутствием улучшения состояния после родов по поводу тяжелой преэклампсии на сроке 29 недель. На момент перевода - третьи сутки после родоразрешения.

Осмотр акушером-гинекологом.

### **Жалобы**

Слабость, сонливость, одышка, отсутствие мочи

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 5-ая, самопроизвольная, по данным обменной карты с 24 недель протекала с явлениями гипертензии до 160 и 100 мм, протеинурии до 1 г/л. Госпитализирована в 29 недель в связи с повышением артериального давления (АД) до 180 и 110. При госпитализации выявлена антенатальная гибель плода, экстренно родоразрешена. Ребенок 900 г. Объем кровопотери 900 мл. Интраоперационно АД 160 и 100 мм рт ст, анурия, которая сохраняется на протяжении 3 дней после родов.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции отрицает;
- \* Хронические заболевания других органов и систем отрицает.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

- \* I беременность – преждевременные самопроизвольные роды на сроке 30 нед, ребенок 800 граммов, 38 см, умер в течение первых суток жизни, причина не выявлена, вскрытие не проводили, послеродовой период протекал без осложнений;

- \* II беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 2600 граммов, 48 см, здоров, послеродовый период протекал без осложнений;
- \* III беременность – самопроизвольный выкидыш в 7 недель, без выскабливания;
- \* IV беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 32 недели, интранатальная гибель плода, 1530 граммов, причина не выявлена, вскрытие не проводили, послеродовый период протекал без осложнений;
- \* V беременность –данная, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки тяжелое. В сознании. Пульс 112, АД прав рука 150/110, левая рука 160/105. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, крепитации нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы набухли. Живот увеличен согласно срокам родоразрешения. Перистальтика ослаблена. Отеки лица, кистей, голеней и стоп. По мочевоому катетеру 20 мл бурой мочи.

**Для уточнения тактики дальнейшего ведения пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- венозных тромбоэмболических осложнений
- преэклампсии в настоящую беременность
- любых гестационных осложнений
- гестационного сахарного диабета

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**К методам обследования, выполнение которых не является обязательным для диагностики варианта тромботической микроангиопатии (ТМА), но их выполнение может подтвердить диагноз в сомнительных и неясных ситуациях, как в данном случае, относится**

- венозных тромбоэмболических осложнений
- преэклампсии в настоящую беременность
- любых гестационных осложнений
- гестационного сахарного диабета

### **Результаты обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным у данной пациентки является наличие**

- венозных тромбоэмболических осложнений
- преэклампсии в настоящую беременность
- любых гестационных осложнений

- гестационного сахарного диабета

## **Диагноз**

**Для назначения основной терапии в данном случае обязательным является консультация**

- терапевта
- морфолога
- хирурга
- невролога

**Учитывая олигурическую острую почечную недостаточность, первым по порядку лечебным мероприятием является**

- плевральная пункция
- форсирование диуреза
- санационная бронхоскопия
- заместительная почечная терапия

**Госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- неврологии
- нефрологии
- реанимации
- послеродовое

**С учетом тяжести состояния данной пациентки основным видом лечения до проведения дифференциальной диагностики является**

- только антибактериальная и противогрибковая терапия
- только профилактика тромбоэмболических осложнений
- комплексная посиндромная интенсивная терапия
- медикаментозное уменьшение отека головного мозга

**При отсутствии улучшения состояния пациентки после родоразрешения в спектр обсуждаемых диагнозов будет входить**

- иммунная тромбоцитопеническая пурпура
- острая жировая печень беременных
- геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
- атипичный гемолитико-уремический синдром

**Тактика, позволяющая уточнить диагноз данной пациентки, заключается в исследовании уровня**

- белков комплемента
- ADAMTS13
- желчных кислот
- генов гемостаза

**В данной ситуации был назначен антикомплементарный препарат, критериями эффективности терапии которым будет являться**

- экстубация пациентки и полное восстановление функций головного мозга
- нормализация креатинина и уменьшение уровня печеночных ферментов
- появление мочи с полным восстановлением уровня креатинина и мочевины
- прекращение микроангиопатического гемолиза и нормализация числа тромбоцитов

**В данной ситуации был установлен диагноз атипичного гемолитико-уремического синдрома, причиной которого стала**

- критическая потеря белков комплемента
- врожденная тромбофилия
- избыточная активация системы комплемента
- наследственная мутация ADAMTS13

**До уточнения нозологической формы при выявленной тромботической микроангиопатии, в данном случае, назначалась терапия**

- критическая потеря белков комплемента
- врожденная тромбофилия
- избыточная активация системы комплемента
- наследственная мутация ADAMTS13

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первобеременная 23 лет, срок беременности 8 недель. Первый прием в женской консультации.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая. Обратилась для постановки на учет.

### **Анамнез жизни**

- \* Соматически здорова
- \* Гинекологические заболевания отрицает.
- \* Акушерский анамнез: Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.
- \* Наследственность неотягощена.

### **Объективный статус**

- \* ИМТ 28 кг/м<sup>2</sup>.
- \* Неврологической симптоматики нет.
- \* Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.
- \* Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования пациентки являются**

- критическая потеря белков комплемента
- врожденная тромбофилия
- избыточная активация системы комплемента
- наследственная мутация ADAMTS13

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо оценить**

- критическая потеря белков комплемента
- врожденная тромбофилия
- избыточная активация системы комплемента
- наследственная мутация ADAMTS13

### **Результаты обследования**

**Несмотря на низкий тромбогенный риск, пациентка развила тромбоз суральных вен на сроке 26 нед. Среди пациенток с однократным тромбозом в анамнезе следует выделять венозные тромбоэмболические осложнения, ассоциированные с**

- критическая потеря белков комплемента
- врожденная тромбофилия
- избыточная активация системы комплемента
- наследственная мутация ADAMTS13

## **Диагноз**

**В данной ситуации встал вопрос о предотвратимости тромбоза, однако к показаниям к обследованию для выявления наследственно обусловленных тромбофилий относятся тромбозы в личном анамнезе и/или**

- отягощенная наследственность по инфарктам
- тромбозы у родственников первой линии
- варикозное расширение вен нижних конечностей
- избыточная масса тела/ожирение

**После проведения гепаринотерапии через 3 нед. уровень Д-димера снизился. В данной ситуации оправдано**

- отменить гепарины на 10-14 дней
- уменьшить дозу гепарина
- продолжить НМГ в лечебных дозах
- снизить дозу и добавить аспирин

**Тактика, позволяющая уточнить причины неспровоцированного тромбоза при беременности, как в данной ситуации, заключается в обследовании на**

- наследственную тромбофилию
- болезнь Виллебранда
- злокачественные новообразования
- истинный дефицит ADAMTS13

**К препаратам выбора для лечения тромбозов при беременности относятся**

- низкомолекулярные гепарины
- нефракционированные гепарины
- антагонисты витамина К
- новые оральные антикоагулянты

**При появлении у пациентки признаков угрожающих преждевременных родов на сроке беременности 35-36 нед. данной пациентке, получавшей низкомолекулярный гепарин в профилактических дозах, следует продолжить их применение или перейти на**

- нефракционированный гепарин
- новые оральные антикоагулянты
- антагонисты витамина К
- ацетилсалициловую кислоту

**В данную беременность при планировании оперативного родоразрешения необходимо помнить, что тромбогенный риск при кесаревом сечении**

- не меняется по сравнению с естественными родами
- снижается по сравнению с естественными родами
- с учетом риска кровотечения уменьшается
- увеличивается вдвое по сравнению с естественными родами

**У пациентки при обследовании выявлена гетерозиготная мутация Лейдена. Она планирует следующую беременность. При наличии венозной тромбоэмболии в анамнезе у пациентки с гетерозиготной мутацией Лейдена оправдано назначение гепаринопрофилактики**

- при повышении Д-димера
- с момента подтверждения беременности
- при непереносимости аспирина
- при появлении других факторов риска

**Выбор дозы гепаринов при следующей беременности будет зависеть только от**

- веса пациентки
- возраста пациентки
- тромбодинамики
- уровня Д-димера

**В послеродовом периоде пациенткам с наследственной тромбофилией требуется назначение гепаринопрофилактики, даже если профилактика тромбозов не проводилась в дородовом периоде, в течение по меньшей мере**

- веса пациентки
- возраста пациентки
- тромбодинамики
- уровня Д-димера

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первобеременная 32 лет, срок беременности 11 недель.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая. В 2012 г. на фоне приема оральных контрацептивов (3 по счету таблетка) развился тромбоз глубоких вен левой голени, обследована, выявлена гомозиготная мутация протромбина, носительство гетерозиготного полиморфизма ингибитора активатора плазминогена (PAI) и метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Уровень гомоцистеина 9,0 мкмоль/л (норма).

### **Анамнез жизни**

Соматически в остальном здорова.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

Наследственность: отец перенес тромбоз глубоких вен в 50 лет.

### **Объективный статус**

ИМТ 28 кг/м<sup>2</sup>.

Неврологической симптоматики нет.

Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Необходимыми лабораторными методами обследования в данном случае являются**

- веса пациентки
- возраста пациентки
- тромбодинамики
- уровня Д-димера

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо оценить**

- веса пациентки
- возраста пациентки
- тромбодинамики
- уровня Д-димера

**Результаты обследования**

**С учетом того, что пациентка имеет тромбоз глубоких вен в анамнезе, при стратификации риска ее можно отнести к пациенткам, имеющим тромбоэмболические осложнения, ассоциированные с**

- веса пациентки
- возраста пациентки
- тромбодинамики
- уровня Д-димера

### **Диагноз**

**Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является только**

- срок беременности
- уровень фибриногена
- тромбогенный риск
- уровень Д-димера

**При наличии нормального уровня Д-димера у пациентки с высоким тромбогенным риском оправдано**

- назначить дипиридамо́л
- воздержаться от назначения НМГ
- назначить НМГ профилактику
- повторно исследовать Д-димер

**При наличии венозного тромбоза в анамнезе у пациентки с гомозиготной мутацией протромбина оправдано назначение гепаринопрофилактики**

- с момента подтверждения беременности
- после скрининга на преэклампсию в 12 недель
- после зарегистрированного повышения Д-димера
- за 6 месяцев до планирования беременности

**Препаратами выбора для тромбопрофилактики, в данном случае, являются**

- антагонисты витамина К
- нефракционированные гепарины
- новые оральные антикоагулянты
- низкомолекулярные гепарины

**В данном случае диагноз наследственной тромбофилии высокого риска установлен на основании**

- гомозиготной мутации протромбина G20210A
- наличия полиморфизма генов фолатного цикла
- высокого уровня гомоцистеина
- множества полиморфизмов генов гемостаза

**Пациенткам с тромбозом в анамнезе после родов следует рекомендовать назначение НМГ или**

- ацетилсалициловой кислоты
- антагонистов витамина К
- двойной антиагрегантной терапии
- сулодексида и аналогов

**Гепарины или антагонисты витамина К после родов назначаются на 6 недель**

- только после естественных родов
- только после оперативных родов
- при дополнительных факторах риска
- независимо от способа родоразрешения

**При назначении после родов антагонистов витамина К необходимо подбирать дозу под контролем МНО с целевыми значениями**

- 3,0-4,0
- > 4,0
- 1,5-2,0
- 2,0-3,0

**Сразу после родоразрешения данной пациентки из методов механической профилактики обоснованным методом является**

- 3,0-4,0
- > 4,0
- 1,5-2,0
- 2,0-3,0

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первобеременная 31 года, срок беременности 8 недель. Обратилась на амбулаторном этапе.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая. В 2012 г. после перелома и репозиции костей голени развился тромбоз глубоких вен, обследована, выявлено носительство гетерозиготного полиморфизма ингибитора активатора плазминогена (PAI) и гомозиготного полиморфизма метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Уровень гомоцистеина 6,0 мкмоль/л (норма).

### **Анамнез жизни**

- \* Соматически в остальном здорова.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.
- \* Акушерский анамнез: Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.
- \* Наследственность: мать перенесла тромбоз глубоких вен в 45 лет.

### **Объективный статус**

ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup>.

Неврологической симптоматики нет.

Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Необходимыми лабораторными методами обследования данной пациентки являются**

- 3,0-4,0
- > 4,0
- 1,5-2,0
- 2,0-3,0

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо оценить риск развития**

- 3,0-4,0
- > 4,0
- 1,5-2,0
- 2,0-3,0

**Результаты обследования**

**Среди пациенток с однократным тромбозом в анамнезе следует выделять пациенток, у которых венозные тромбоэмболические осложнения ассоциированы с**

- 3,0-4,0
- > 4,0
- 1,5-2,0
- 2,0-3,0

**Диагноз**

**Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является только**

- тромбогенный риск
- уровень Д-димера
- срок беременности
- риск преэклампсии

**У пациентки с высоким тромбогенным риском обращено внимание на нормальный уровень Д-димера, в связи с чем необходимо**

- ограничиться назначением сулодексида и аспирина
- назначить гепаринопрофилактику независимо от Д-димера
- временно воздержаться от гепаринопрофилактики
- исследование Д-димера и ТЭГ раз в неделю

**При наличии венозной тромбоэмболии в анамнезе у пациентки с отягощенной наследственностью оправдано назначение**

- гепаринов в лечебных дозах и аспирина в течение всей беременности
- гепаринопрофилактики с момента подтверждения беременности
- гепаринов в лечебных дозах в течение всей беременности
- аспирина с момента подтверждения беременности

**К препаратам выбора для тромбoproфилактики при беременности относятся**

- антагонисты витамина К
- антиагрегантные препараты
- низкомолекулярные гепарины
- нефракционированные гепарины

**При выборе дозы гепаринов, в данном случае, необходимо ориентироваться на**

- уровень Д-димера
- вес пациентки
- индекс массы тела
- показатели гемостаза

**В данном случае пациентка была родоразрешена на сроке 38 недель через естественные родовые пути, в связи с чем риск тромботических осложнений**

- не отличается от популяционного
- ниже, чем при кесаревом сечении в 2 раза
- выше, чем при кесаревом сечении в 4 раза
- не изменился по сравнению с кесаревым сечением

**В данной ситуации применение механических методов профилактики тромботических осложнений считается**

- обоснованным в связи с высоким риском тромботических осложнений
- сомнительным с учетом спровоцированного травмой тромбоза
- обоснованным только при нахождении в условиях реанимации
- возможным, только при отсутствии гепаринопрофилактики

**Тактика, позволяющая уточнить причины тромбоза в прошлом у необследованной до беременности женщины с отягощенной наследственностью, которая обратилась на консультацию с установленным фактом беременности, заключается в исследовании мутаций генов Лейдена GA, протромбина GA и**

- прокальцитонина
- уровня ADAMTS13
- уровня антитромбина 3
- фактора Виллебранда

**В послеродовом периоде данная пациентка нуждается в**

- прокальцитонина
- уровня ADAMTS13
- уровня антитромбина 3
- фактора Виллебранда

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Беременная 31 года доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 28 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На повышение артериального давления до 165/110 мм рт.ст. на приеме врача акушера-гинеколога в женской консультации, головных болей не отмечает.

### **Анамнез заболевания**

С 16 лет страдает хроническим гломерулонефритом нефротического типа: протеинурия 3,5 г/л. Выполнена нефробиопсия, определен тип нефрита, начата иммуносупрессивная терапия - через 6 мес. протеинурия снизилась до 1,0г.

Постепенно уменьшена доза метипреда до 4 мг.

Протеинурия 1,0 г/л, 1,5-2,0 г/сут. Функция почек сохранена. 2 года назад появились явления артериальной гипертензии, лекарственных препаратов не принимала. АД обычно в пределах 150/110 мм рт. ст., при снижении АД менее 140/100 мм рт. ст. отмечала головные боли, ухудшение самочувствия, в то время как повышение АД более 150/110 мм рт.ст. не сопровождается изменением самочувствия, головными болями.

Данная беременность первая, самопроизвольная.

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;

- частые головные боли (купируются приемом парацетамола);

Акушерский анамнез

1-ая беременность – данная, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки средней тяжести. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 82, АД прав рука 130\70, левая рука 138\85. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме. Отеки лица, кистей, голеней и стоп.

**Необходимыми для постановки диагноза и выбора тактики ведения лабораторными методами обследования являются исследования**

- прокальцитонина
- уровня ADAMTS13
- уровня антитромбина 3
- фактора Виллебранда

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки помимо ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока необходимыми инструментальными методами обследования является**

- прокальцитонина
- уровня ADAMTS13
- уровня антитромбина 3
- фактора Виллебранда

**Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 28 нед. Хронический гломерулонефрит. ХБП 1 ст. Хроническая артериальная гипертензия и**

- прокальцитонина
- уровня ADAMTS13
- уровня антитромбина 3
- фактора Виллебранда

**Диагноз**

**Для назначения пациентке основной терапии обязательным является консультация**

- терапевта
- физиотерапевта
- психотерапевта
- хирурга

**Препаратом первой линии для плановой терапии артериальной гипертензии у данной беременной является**

- метилдопа в дозе 250 – 2000 мг в сутки в 2-3 приема
- метопролол по 25 – 100 мг 1-2 раза в сутки
- фуросемид 20-80 мг в сутки
- бисопролол по 5 – 10 мг 1 раз в сутки

**Препаратом для быстрого снижения уровня АД при тяжелой артериальной гипертензии в данной ситуации будет являться**

- метилдопа
- нифедипин

- верапамил
- фуросемид

**Для профилактики преэклампсии в группе женщин высокого риска, как в данной ситуации, рекомендуется назначение**

- витаминов группы В и Е
- низкомолекулярных гепаринов
- пролонгированного нифедипина
- ацетилсалициловой кислоты

**При наличии у пациентки нефротической протеинурии оправдано назначение**

- гепаринопрофилактики
- гепаринотерапии
- клопидогреля
- дипиридамола

**В данной ситуации помощником в дифференциальной диагностике между преэклампсией и обострением почечного заболевания может служить определение**

- уровня содержания компонентов комплемента
- соотношения sFlt-1 и PlGF
- снижения альбумина
- наличия протеинурии

**Во время проведения развернутого скрининга 1 триместра можно было оценить риск преэклампсии в данной ситуации с помощью исследования в основном**

- fms-подобной тирозинкиназы
- эндотелина и эндоглина
- сосудистого фактора роста
- плацентарного фактора роста

**Пациентка была экстренно родоразрешена на сроке 34 нед. в связи с некупируемой артериальной гипертензией 180 и 120 мм рт ст. Объем кровопотери составил 1200 мл. С учетом суммы факторов после родоразрешения пациентка имеет**

- низкий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений

- высокий риск геморрагических осложнений

**Тактика, позволяющая уменьшить риск тромботических осложнений после родов, в данном случае, заключается в использовании**

- низкий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 28 лет, срок беременности 11 недель. Обратилась на амбулаторный прием к акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность вторая. В 2012 г. развилась тяжелая преэклампсия на сроке 28 недель, ребенок 560 г, умер на 1-ые сутки после родоразрешения. Обследована, выявлено носительство полиморфизмов ингибитора активатора плазминогена (PAI) 4G4G, и бета цепи фибриногена (FGB) GA.

Антифосфолипидные антитела отрицательные.

В послеродовом периоде был диагностирован флебит кубитальной вены.

### **Анамнез жизни**

\* Соматически здорова

\* Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

\* 2012г. - первая беременность, тяжелая преэклампсия, СЗРП в 28 нед.

\* II-настоящая беременность, наступила самопроизвольно.

\* Наследственность: не отягощена.

### **Объективный статус**

\* ИМТ 28 кг/м<sup>2</sup>.

\* Неврологической симптоматики нет.

\* Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

\* Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Для уточнения тактики дальнейшего ведения пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются исследования**

- низкий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо оценить риск развития**

- низкий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений

**Результаты обследования**

**С учетом наличия преэклампсии в анамнезе пациентка имеет**

- высокий риск любых гестационных осложнений
- высокий риск венозных тромбоэмболических осложнений
- высокий риск развития преэклампсии в данную беременность
- популяционный риск развития преэклампсии

**Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является только**

- уровень Д-димера
- тромбогенный риск
- срок беременности
- риск преэклампсии

**У пациентки с высоким риском преэклампсии обращено внимание на повышение уровня Д-димера, в связи с чем обсуждается НМГ- профилактика. Согласно имеющимся рекомендациям, назначение НМГ-профилактики у данной пациентки**

- оправдано по факту впервые выявленного повышения Д-димера
- не оправдано, изменения коагулограммы не являются обоснованием
- возможно только после повторного исследования Д-димера
- возможно при неэффективности дипиридамола или аспирина

**При наличии преэклампсии в анамнезе у данной пациентки оправдано назначение**

- гепаринотерапии в течение всей беременности
- гепаринопрофилактики в 1 триместре
- ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности
- ацетилсалициловой кислоты с 1 триместра

**Среди антиагрегантов для профилактики преэклампсии препаратом выбора является**

- сулодексид
- клопидогрель
- ацетилсалициловая кислота
- дипиридамо́л

**Коррекция дозы ацетилсалициловой кислоты после назначения в 12 недель**

- не требуется, контроль показателей гемостаза не проводят
- возможна при геморрагических осложнениях
- требуется при наличии полиморфизмов ITGA2
- зависит от агрегации тромбоцитов с АДФ

**Пациентка была госпитализирована на сроке 32 нед. с признаками тяжелой преэклампсии. Было принято решение о родоразрешении путем кесарева сечения в экстренном порядке, в связи с чем тромбогенный риск**

- в 2 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути
- среднепопуляционный
- соответствует риску при плановом кесаревом сечении
- в 2 раза выше, чем при плановом кесаревом сечении

**Объем кровопотери составил 1200 мл. С учетом суммы факторов после родоразрешения пациентка имеет**

- высокий риск геморрагических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- низкий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений

**Тактика, позволяющая уменьшить риск тромботических осложнений после родов, в данном случае, заключается в использовании**

- только перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей

- инфузионной терапии коллоидными растворами и ацетилсалициловой кислоты
- тромболитической схемы согласно инструкции лекарственного средства
- перемежающейся пневмокомпрессии и низкомолекулярных гепаринов

### **Гепаринопрофилактика после родоразрешения, в данном случае, назначается на срок**

- только перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей
- инфузионной терапии коллоидными растворами и ацетилсалициловой кислоты
- тромболитической схемы согласно инструкции лекарственного средства
- перемежающейся пневмокомпрессии и низкомолекулярных гепаринов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 28 лет, срок беременности 7 недель 2 дня. Обратилась для постановки на учет в женскую консультацию.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

В 2006г. суставной синдром (невыраженные постоянные боли без скованности в лучезапястных суставах, незначительная отечность суставов), обследована, диагностирован хламидийный реактивный артрит. Терапия диклофенаком, антибиотиками.

Бесплодие. 2 процедуры ЭКО без результата, перед 3-ей попыткой - курс гирудитерапии. В 2016г. криоперенос, дихориальная диамниотическая двойня. В 16 нед. впервые диагностировано отставание обоих плодов.

В 18 нед. во время хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности появились боли в эпигастрии, отправлена на консультацию к гастроэнтерологу, затем к психиатру. В 20 нед. (06.09.2016) поступила с «задержкой внутриутробного развития 1ст.», выявлен восьмикратный цитолиз (АЛТ до 261 Ед/л, АСТ 290 Ед/л), тромбоцитопения 125000 в мкл, креатинин 142 мкмоль/л, диагностирована антенатальная гибель одного плода, реверсивные кровотечения у второго, было принято решение о прерывании беременности.

После родоразрешения в течение 10 дней нахождение в реанимационном отделении, выраженный болевой синдром в правом подреберье. Со слов были признаки флебитов верхних конечностей до верхней трети плеча.

После родоразрешения от 01.10.2016г.- суммарные антитела к кардиолипину

(АКЛ) 143 G+MPL (норма менее 20 GPL/MPL), антитела к В2 гликопротеину 1 (АТ к В2 ГП1) - 199 Ед/л (норма менее 20 Ед/л).

Значимых мутаций генов гемостаза не выявлено.

АЧТВ в серии анализов до и после беременности 37-46 с.

В мае 2017г. АТ к В 2 ГП1 суммарные 116 Ед/л (норма менее 20 Ед/л), АКЛ суммарные 190 G+MPL (норма менее 20 GPL/MPL), АНФ + (1/160), Волчаночный антикоагулянт 2,0

### **Анамнез жизни**

\* Соматически здорова

\* Гинекологические заболевания отрицает.

\* Акушерский анамнез:

\* 2016г. - первая беременность, криперенос, дихориальная диамниотическая двойня, антенатальная гибель одного плода в 20 нед., индуцированное позднее прерывание в 21 нед.

\* Вторая настоящая беременность, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

\* ИМТ 22 кг/м<sup>2</sup>.

\* Неврологической симптоматики нет.

\* Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

\* Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования для выбора тактики дальнейшего ведения являются**

- только перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей
- инфузионной терапии коллоидными растворами и ацетилсалициловой кислоты
- тромболитической схемы согласно инструкции лекарственного средства
- перемежающейся пневмокомпрессии и низкомолекулярных гепаринов

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо провести**

- только перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей
- инфузионной терапии коллоидными растворами и ацетилсалициловой кислоты
- тромболитической схемы согласно инструкции лекарственного средства
- перемежающейся пневмокомпрессии и низкомолекулярных гепаринов

## **Результаты обследования**

**На основании полученных результатов клинико-лабораторного обследования предположительным диагнозом у данной пациентки является наличие**

- только перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей
- инфузионной терапии коллоидными растворами и ацетилсалициловой кислоты
- тромболитической схемы согласно инструкции лекарственного средства
- перемежающейся пневмокомпрессии и низкомолекулярных гепаринов

## **Диагноз**

**Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является только**

- уровень Д-димера и фибриногена
- наличие осложнений беременности
- высокий тромбогенный риск
- высокий риск преэклампсии

**В данной ситуации рекомендовано назначить гепаринопрофилактику с**

- антагонистами витамина К
- сулодексидом или дипиридамолом
- титрацией назначенных доз по гемостазу
- низкими дозами ацетилсалициловой кислоты

**Согласно скринингу данной пациентки, выявлено низкое содержание PIGF 0,12 МоМ, определен высокий риск преэклампсии, в связи с чем оправдано**

- назначение дипиридамола или сулодексида
- назначение 150 мг аспирина с 12 недель беременности
- увеличение дозы гепаринов до лечебных
- добавление преднизолона или дексаметазона

**К препаратам выбора для тромбoproфилактики при АФС при беременности относятся**

- новые оральные антикоагулянты
- нефракционированные гепарины
- низкомолекулярные гепарины
- антагонисты витамина К

**Гепаринопрофилактика, в данном случае, должна выполняться на протяжении**

- всей беременности, родов и 6 недель послеродового периода
- периода повышения Д-димера с отменой при нормализации гемостаза
- только третьего триместра беременности с отменой в 36 недель
- только предгравидарной подготовки с переходом на варфарин

**В 2016г., когда пациентка поступила в стационар с критическими показателями кровотока, тромбоцитопенией и цитолизом, в спектр обсуждаемых диагнозов должен был входить диагноз**

- типичного гемолитико-уремического синдрома
- иммунной тромбоцитопенической пурпуры
- катастрофического антифосфолипидного синдрома
- эссенциального тромбоцитоза

**Тактика, позволяющая уточнить в 2016 г. диагноз данной пациентки, заключалась в исследовании**

- прокальцитонина и СРБ
- С3 и С4-белков комплемента
- уровня желчных кислот
- ADAMTS13 и антифосфолипидных антител

**Если бы в 2016г. отсутствовало улучшение состояния пациентки через 72 часа после родов при адекватной своевременно начатой терапии и уровне ADAMTS13 более 10%, диагноз можно было бы сформулировать как**

- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- атипичный гемолитико-уремический синдром
- иммунная тромбоцитопеническая пурпура
- катастрофический антифосфолипидный синдром

**Если бы в 2016г. был верифицирован катастрофический АФС, необходимо было бы начать плазмообмен с использованием высоких доз**

- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- атипичный гемолитико-уремический синдром
- иммунная тромбоцитопеническая пурпура
- катастрофический антифосфолипидный синдром

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Беременная 38 лет, срок беременности 7 недель. Обратилась амбулаторно.

## **Жалобы**

Не предъявляет.

## **Анамнез заболевания**

После двух последовательных выкидышей обследована: данных за АФС не получено, но в следующую беременность с ранних сроков гинекологом было рекомендована гепаринопрофилактика (низкомолекулярными гепаринами-НМГ). Роды в срок, без осложнений. При обследовании выявлено носительство полиморфизма ингибитора активатора плазминогена (PAI) 4G4G, что стало поводом для назначения НМГ и в следующую беременность.

## **Анамнез жизни**

\* Соматически здорова

\* Гинекологические заболевания отрицает.

\* Акушерский анамнез:

I-ая беременность - 2006 г. самопроизвольный выкидыш на малых сроках (5-6 нед).

II-ая беременность 2007г. самопроизвольный выкидыш на малых сроках (5-6 нед)

III-ая беременность - 2009г., роды в срок, 3270 г, 52 см

IV-ая беременность-2011г., роды в срок, 3800 г, 54 см

V-ая настоящая беременность, наступила самопроизвольно.

## **Объективный статус**

\* ИМТ 22 кг/м<sup>2</sup>.

\* Неврологической симптоматики нет.

\* Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

\* Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Для выбора тактики дальнейшего ведения данной пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- атипичный гемолитико-уремический синдром
- иммунная тромбоцитопеническая пурпура
- катастрофический антифосфолипидный синдром

## **Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения, нуждается ли пациентка в гепаринопрофилактике при беременности, необходимо**

- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- атипичный гемолитико-уремический синдром
- иммунная тромбоцитопеническая пурпура
- катастрофический антифосфолипидный синдром

## **Результаты обследования**

**На основании полученных результатов клинико-лабораторного обследования данная пациентка имеет только гомозиготный полиморфизм PAI 4G4G, в связи с чем можно сделать вывод об**

- угрозе развития преэклампсии
- отсутствии наследственной тромбофилии
- отсутствии риска преэклампсии
- угрозе развития ранних репродуктивных потерь

**Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является**

- тромбогенный риск
- наличие выкидышей
- полиморфизм PAI 4G4G
- уровень Д-димера

**В данной ситуации в 1 триместре рекомендовано**

- не назначать гепаринопрофилактику
- титровать дозы гепарина по Д-димеру
- назначить гепаринопрофилактику
- назначить антиагреганты

**В 12 недель пациентке проведен комбинированный скрининг, выявлено низкое содержание PIGF 0,56 МоМ, определен высокий риск преэклампсии, в связи с чем оправдано назначение с 12 недель**

- гепаринопрофилактики
- антагонистов витамина К
- ацетилсалициловой кислоты
- сулодексида/дипиридамола

**После отмены гепаринов у пациентки зарегистрировано повышение Д-димера, в связи с чем необходимо**

- назначить антиагреганты и компрессию
- срочно выполнить доплерографию вен
- проигнорировать результаты Д-димера
- возобновить гепаринопрофилактику

**Для определения, нуждается ли пациентка в назначении аспирина, необходимо ориентироваться только на**

- гиперагрегацию тромбоцитов
- сопутствующие факторы риска
- выраженность повышения Д-димера
- риск развития преэклампсии

**У врача встал вопрос о выборе дозы ацетилсалициловой кислоты, 50 и менее, 75-150, 200-300 или 400-500 мг. В данном случае правильной может считаться доза +\_\_\_\_\_+ мг в сутки**

- 200-300
- 50 и менее
- 400-500
- 75-150

**Пациентка отказалась отменять НМГ, и ориентируясь на уровень Д-димера, самостоятельно увеличила себе дозу НМГ, однако у нее возникло обильное носовое кровотечение, тампонада без эффекта, что можно расценить как передозировку гепаринов и назначить**

- фондапаринукс
- преднизолон
- протамина сульфат
- протромплекс

**Кровотечение было купировано, однако при исследовании гемостаза было обращено внимание на выраженное повышение Д-димера, в связи с чем оправдано**

- снова проигнорировать изменения гемостаза, не возобновляя гепарины
- введение транексамовой кислоты, как антифибринолитика
- опираясь на высокий Д-димер, возобновить гепаринопрофилактику
- назначение сулодексида, как безопасного, но эффективного средства

**Данная пациентка без гепаринопрофилактики доносила беременность до 38 нед, когда были диагностированы признаки умеренной преэклампсии, инициированы роды через естественные родовые пути, во время родоразрешения объем кровопотери составил 300 мл, однако в послеродовом периоде – подозрение на дефект отделения последа, ручное выскабливание, дополнительная кровопотеря 700 мл. На 5-ые сутки диагностирован эндометрит, в связи с чем оправдано**

- снова проигнорировать изменения гемостаза, не возобновляя гепарины
- введение транексамовой кислоты, как антифибринолитика
- опираясь на высокий Д-димер, возобновить гепаринопрофилактику
- назначение сулодексида, как безопасного, но эффективного средства

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 38 лет, срок беременности 7 недель. Обратилась на амбулаторный прием.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

В 2014 г. во время первой беременности на сроке 24-25 нед. случился острый левосторонний илеофemorальный венозный тромбоз, проводилась терапия НМГ.

Оперативное родоразрешение по акушерским показаниям.

После родоразрешения получала НМГ терапию в течение 3 месяцев

Обследована: Гомоцистеин - 13,59 (0-8), PAI 1 5G/4G, MTHFR 1298 A\C.

Гемостазиограмма без существенных отклонений.

- Волчаночный антикоагулянт (скрининг) 44 (25-45)

- Волчаночный антикоагулянт (подтверждение) 47 (25-45)

- Антитела к кардиолипину IgM - 16.5, IgG - 5.91 (норма менее <10)

- Антитела к B2-гликопротеину I IgM - 6.3, IgG - 1,6 (норма менее <10)

### **Анамнез жизни**

Соматически здорова

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I-ая беременность - 2014 г., илеофemorальный тромбоз, роды в срок, 3800,52

II-ая настоящая беременность, наступила самопроизвольно.

## **Объективный статус**

ИМТ 32 кг/м<sup>2</sup>.

Неврологической симптоматики нет.

Пульс 82, АД правая рука 110\80, левая рука 112\72.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот не увеличен, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

## **Для уточнения тактики необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- снова проигнорировать изменения гемостаза, не возобновляя гепарины
- введение транексамовой кислоты, как антифибринолитика
- опираясь на высокий Д-димер, возобновить гепаринопрофилактику
- назначение сулодексида, как безопасного, но эффективного средства

## **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо**

- снова проигнорировать изменения гемостаза, не возобновляя гепарины
- введение транексамовой кислоты, как антифибринолитика
- опираясь на высокий Д-димер, возобновить гепаринопрофилактику
- назначение сулодексида, как безопасного, но эффективного средства

## **Результаты обследования**

### **На основании полученных результатов клинико-лабораторного обследования у данной беременной выявлено наличие**

- снова проигнорировать изменения гемостаза, не возобновляя гепарины
- введение транексамовой кислоты, как антифибринолитика
- опираясь на высокий Д-димер, возобновить гепаринопрофилактику
- назначение сулодексида, как безопасного, но эффективного средства

## **Диагноз**

### **Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является**

- уровень Д-димера
- риск преэклампсии
- антитела к фосфолипидам
- тромбоз в анамнезе

**В данной ситуации рекомендовано**

- динамическое наблюдение
- мониторировать уровень Д-димера
- назначить антиагреганты
- назначить НМГ профилактику

**В 12 недель пациентке проведен комбинированный скрининг, выявлено низкое содержание PIGF 0,32 МоМ, определен высокий риск преэклампсии, в связи с чем оправдано**

- присоединить аспирин к НМГ профилактике
- добавить сулодексид или курантил
- увеличить дозы НМГ по уровню Д-димера
- назначить статины коротким курсом

**К препаратам выбора для тромбопрофилактики, в данном случае, относятся**

- антагонисты витамина К
- низкомолекулярные гепарины
- препараты фолиевой кислоты
- нефракционированные гепарины

**В данном клиническом случае уровень Д-димера в пределах нормы, в связи с чем оправдано**

- прервать гепаринопрофилактику
- назначить антагонисты витамина К
- повторно исследовать Д-димер
- продолжить гепаринопрофилактику

**У врача встал вопрос о выборе дозы ацетилсалициловой кислоты: 50, 75-150, 200-300 или 400-500 мг. В данном случае правильной может считаться доза + \_\_\_\_\_ + мг в сутки**

- 50
- 200-300
- 75-150
- 400-500

**В данной ситуации кроме ацетилсалициловой кислоты и гепаринопрофилактики рекомендован прием**

- дипиридамола

- гидроксихлорохина
- препаратов кальция
- сулодексида

**С учетом полной реканализации тромбоза, «идеальными» показателями гемостаза встал вопрос о возможности отмены гепаринопрофилактики.**

**Данной пациентке показано назначение НМГ в течение**

- строго до 20 недель с последующей оценкой гемостаза и Д-димера
- только I и III триместров беременности, во II триместре можно отменить
- всей беременности по причине суммарно высокого тромбогенного риска
- 2 недель с последующей оценкой Д-димера и отменой гепаринов

**В 28 недель у пациентки появились отеки голеней и стоп, в разовой порции мочи был выявлен белок в количестве 0,4 г/л при нормальном АД (125 и 85 мм рт ст), в связи с чем необходимо**

- строго до 20 недель с последующей оценкой гемостаза и Д-димера
- только I и III триместров беременности, во II триместре можно отменить
- всей беременности по причине суммарно высокого тромбогенного риска
- 2 недель с последующей оценкой Д-димера и отменой гепаринов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первобеременная 28 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 32 недели.

### **Жалобы**

На повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст., головную боль и боль в эпигастрии.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность наступила самостоятельно. На сроке 28 недель впервые зарегистрирована артериальная гипертензия 145 и 95 мм рт ст., далее при самоконтроле - сохраняются эпизоды 140-150 и 90-100 мм рт ст, получает допегит 2000 мг в сутки. За это время по рекомендации лечащего врача обследована, выявлена гетерозиготная мутация Лейдена GA.

### **Анамнез жизни**

\* Соматически здорова. Наследственность: нет данных (воспитанница детского дома).

\* Гинекологические заболевания отрицает.

\* Акушерский анамнез: Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

\* Состояние пациентки тяжелое. ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup>.

\* Без очаговой неврологической симптоматики. Пульс 82, АД правая рука 140\80, левая рука 142\92.

\* Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеки голеней и стоп. Диурез не уменьшен.

### **Для уточнения тактики ведения данной пациентки необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- строго до 20 недель с последующей оценкой гемостаза и Д-димера
- только I и III триместров беременности, во II триместре можно отменить
- всей беременности по причине суммарно высокого тромбогенного риска
- 2 недель с последующей оценкой Д-димера и отменой гепаринов

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки помимо ультразвукового исследования плода необходимо**

- строго до 20 недель с последующей оценкой гемостаза и Д-димера
- только I и III триместров беременности, во II триместре можно отменить
- всей беременности по причине суммарно высокого тромбогенного риска
- 2 недель с последующей оценкой Д-димера и отменой гепаринов

### **Результаты обследования**

#### **На основании полученных результатов клинко-лабораторного обследования можно сделать заключение о том, что пациентка имеет**

- строго до 20 недель с последующей оценкой гемостаза и Д-димера
- только I и III триместров беременности, во II триместре можно отменить
- всей беременности по причине суммарно высокого тромбогенного риска
- 2 недель с последующей оценкой Д-димера и отменой гепаринов

### **Диагноз**

#### **На основании результатов обследования у данной пациентки имеется**

- гестационная гипертензия
- хроническая гипертензия
- умеренная преэклампсия
- HELLP-синдром

**При исследовании гемостаза уровень Д-димера оказался нормальным, что позволяет**

- с учетом низкого уровня Д-димера назначить сулодексид
- назначить гепаринопрофилактику коротким курсом на 10-14 дней
- временно воздержаться от назначения гепаринопрофилактики
- действовать согласно оценке риска: назначить гепаринопрофилактику

**В обменной карте было обнаружено скрининговое исследование, проведенное в 12 недель, по результатам которого выявлено низкое содержание PIGF 0,41 МоМ, и определен высокий риск преэклампсии, в связи с чем было оправдано**

- оценить уровень Д-димера
- назначить сулодексид
- инициировать прием аспирина
- назначить статины коротким курсом

**К препаратам выбора для тромбопрофилактики при беременности при наследственной тромбофилии относятся**

- антагонисты витамина К
- новые оральные антикоагулянты
- низкомолекулярные гепарины
- нефракционированные гепарины

**Встал вопрос о выборе дозы гепаринов с учетом имеющейся преэклампсии и наследственной тромбофилии. Главным ориентиром должен быть только**

- результат sFIt
- уровень Д-димера
- уровень протеинурии
- вес пациентки

**Осмотрена терапевтом, предложена замена метилдопы на бисопролол. Рекомендовано**

- отменить метилдопу и выполнить суточный мониторинг АД
- продолжить прием метилдопы в дозе до 2000 мг в сутки

- добавить к метилдопе фуросемид 20-80 мг в сутки
- отменить метилдопу и назначить бисопролол 5 мг

**В данной ситуации кроме ацетилсалициловой кислоты согласно скринингу первого триместра был рекомендован прием**

- сулодексида
- витаминов Е и С
- фондапаринукса
- препаратов кальция

**Пациентка была оперативно родоразрешена на сроке 34 недель в связи с тяжелой преэклампсией. Объем кровопотери составил 600 мл. С учетом суммы факторов после родоразрешения пациентка имеет**

- низкий риск геморрагических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений

**В послеродовом периоде таким пациенткам с наследственной тромбофилией требуется**

- низкий риск геморрагических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первобеременная 30 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 30 недель.

### **Жалобы**

На повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст., уменьшение количества мочи.

### **Анамнез заболевания**

На сроке 28 нед впервые зарегистрирована АГ 140 и 95 мм рт.ст., обратила внимание на появление отеков на нижних конечностях, назначена терапия допегитом 2000 мг, однако в течение последней недели при самоконтроле - стойкая АГ 140-150 и 90-100 мм рт. ст. Общий анализ мочи - белок 0,1 г/л.

### **Анамнез жизни**

- \* Соматически здорова.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.
- \* Акушерский анамнез: Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

- \* Состояние пациентки средней степени тяжести. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 82, АД правая рука 150\100, левая рука 140\90.
- \* Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, умеренная болезненность при пальпации в правом подреберье. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеки лица, кистей, передней брюшной стенки, голеней и стоп. Моча по катетеру - 30 мл темной мочи.

**Необходимыми для постановки диагноза, в данном случае, лабораторными методами обследования являются исследование**

- низкий риск геморрагических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимым инструментальным методом обследования являются доплерометрическое исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока и**

- низкий риск геморрагических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным у данной пациентки является наличие**

- низкий риск геморрагических осложнений
- умеренный риск тромбоэмболических осложнений
- высокий риск геморрагических осложнений
- высокий риск тромбоэмболических осложнений

## **Диагноз**

**Для назначения основной терапии обязательным является консультация**

- физиотерапевта
- психотерапевта
- терапевта
- гепатолога

**Учитывая тяжелую преэклампсию и снижение диуреза менее 0,5 мл/кг/ч на протяжении 6 часового наблюдения, первым по порядку диагностическим мероприятием является**

- компьютерная томография легких
- оценка креатинина в динамике
- компьютерная томография печени
- оценка протеинурии в динамике

**Госпитализация пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- невынашивания беременности
- физиологическое акушерское

**В данном случае первый скрининг показал высокий риск преэклампсии, в связи с чем было оправдано назначение**

- нифедипина
- метилдопы
- ацетилсалициловой кислоты
- гепаринов

**При подготовке к оперативному родоразрешению введение тромбоконцентрата (тромбоцитопения 54000 в мкл) требуется только при**

- развитии тромбозов
- отсутствии плазмы
- оперативном родоразрешении
- развитии кровотечения

**Дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в**

- подборе антигипертензивной терапии в отделении терапии
- назначении высоких доз преднизолона

- стабилизации состояния матери и срочном родоразрешении
- динамическом наблюдении в отделении патологии беременных

**При выборе дальнейшей тактики ведения в данной ситуации профилактика РДС плода является**

- рекомендуемой к проведению с учетом срока беременности
- возможной, но не обязательной, на усмотрение лечащего врача
- абсолютно противопоказанной из-за гипертензии
- относительно противопоказанной с учетом тяжести преэклампсии

**Тактика, позволяющая уточнить диагноз данной пациентки, заключается в исследовании**

- желчных кислот
- генов гемостаза
- уровня ADAMTS13
- белков комплемента

**При отсутствии улучшения состояния пациентки через 72 часа при адекватной своевременной начатой терапии и уровне ADAMTS13 89% необходимым является**

- желчных кислот
- генов гемостаза
- уровня ADAMTS13
- белков комплемента

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., первые оперативные преждевременные роды на сроке 36 недель беременности в связи с началом регулярной родовой деятельности при ножном предлежании плода у первородящей 37 лет с осложненным акушерским анамнезом. В послеродовом отделении на третьи сутки предъявляет жалобы

### **Жалобы**

На боль в нижней части живота, обильные мутные выделения из влагалища с запахом, температуру  $39^{\circ}\text{C}$ , озноб, тошноту, вздутие живота

### **Анамнез заболевания**

В анамнезе две неразвивающиеся беременности. Данная беременность третья,

роды первые; беременность протекала с истмико-цервикальной недостаточностью, угрозой преждевременных родов. Была проведена хирургическая коррекция на сроке 21 неделя беременности. Трижды за беременность была на стационарном лечении по поводу угрозы преждевременных родов. Сняты швы с шейки матки на сроке 36 недель, родоразрешена в экстренном порядке путем операции кесарева сечения в связи с началом регулярной родовой деятельности и ножным предлежанием плода. Была проведена антибиотикопрофилактика амоксициклавом 1,2 мг.

### **Анамнез жизни**

\* Из заболеваний - рецидивирующий бактериальный вагиноз, хронический эндометрит;

\* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

\* профессиональных вредностей не имела;

\* аллергических реакций нет;

\* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелой степени тяжести. Рост 169 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температура тела 39<sup>0</sup>С в локтевом сгибе. Живот умеренно вздут, напряженный, недоступный пальпации, в нижних отделах болезненный, перистальтика вялая. Перитонеальные симптомы Щеткина-Блюмберга положительные. Высота стояния дна матки на уровне пупка. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- желчных кислот
- генов гемостаза
- уровня ADAMTS13
- белков комплемента

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для постановки предварительного диагноза инструментальными методами обследования являются**

- желчных кислот
- генов гемостаза

- уровня ADAMTS13
- белков комплемента

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является:  
Третьи сутки после родов, послеродовой перитонит, пельвиоперитонит и**

- желчных кислот
- генов гемостаза
- уровня ADAMTS13
- белков комплемента

### **Диагноз**

**При подозрении на несостоятельность шва на матке после кесарева сечения и явлениях пельвиоперитонита необходимо выполнить гистероскопию и**

- желчных кислот
- генов гемостаза
- уровня ADAMTS13
- белков комплемента

### **Дополнительные данные**

При диагностической лапароскопии обнаружено: в области малого таза париетальная брюшина и петли кишечника с фибриновым наложением, увеличены в размерах, брюшина гиперемирована в малом тазу, в латеральных каналах и малом тазу имеется выпот желто-белого цвета. Печень, желчный пузырь, пряди большого сальника, петли кишечника, поддиафрагмальное пространство без изменения. Передняя стенка матки и париетальная брюшина спаяна рыхлыми сращениями, разделены. Ткани в области рубца в нижнем маточном сегменте рыхлые, с серым оттенком и налетом фибрина. Тело матки до 20 недель беременности, тестоватое. Придатки матки справа и слева без патологических изменений. Свободная жидкость в малом тазу.

По данным гистероскопии: полость матки прослеживается фрагментарно, шириной до 0,4 см, с наличием неоднородного жидкостного отделяемого с геморрагическим компонентом. На уровне нижней трети полость расширена до 0,9 см. Шейка матки длиной 3,4 см, цервикальный канал прослеживается. По внутренней поверхности в области рубца определяется ниша глубиной до 1,1 см.

При введении контрастного вещества в полость матки метиленовый синий свободно изливается в области правого угла шва на матке.

**В отношении данной пациентки лечение будет состоять из**

- лечебной гистероскопии с промыванием антисептиками полости матки
- релапаротомии с санацией брюшной полости и экстирпацией матки
- наложения дополнительных швов в области несостоятельного шва и продолжения консервативной терапии
- проведения метропластики, дренирования брюшной полости

**В качестве антибактериальной терапии у данной пациентки будут применяться**

- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин, эритромицин)
- цефалоспорины III-IV поколений (цефепим) и метронидазол
- цефалоспорины I-II поколений (цефазолин, цефуроксим)
- защищенные пенициллины (амоксициллин + клавулановая кислота)

**При дальнейшем ухудшении состояния пациентки и появлении признаков распространения процесса необходимо провести**

- смену антибиотиков
- физиотерапевтические процедуры
- повторное выскабливание
- экстирпацию матки

**К факторам риска развития перитонита относится**

- роды через естественные родовые пути
- проведение антибиотикопрофилактики
- несостоятельность шва на матке после кесарева сечения
- анемия легкой степени во время беременности и в послеродовом периоде

**Возможной причиной несостоятельности шва и перитонита у данной пациентки является**

- возраст женщины более 35 лет
- повышенный титр энтеробактерий
- ножное предлежание плода
- прерывание беременности в анамнезе

**Среди методов профилактики развития послеродового эндометрита у данной пациентки можно назвать**

- адекватная инфузионная терапия в раннем послеоперационном периоде
- санация очагов генитальной и внегенитальной инфекций

- профилактическое применение утеротонических средств в послеродовом периоде
- антибиотикопрофилактика амоксиклавом

### **Дифференциальную диагностику эндометрита следует проводить с**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

### **После эндометрита прогноз у данной пациентки будет зависеть от реабилитации, которая включает**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., 22 лет, первые своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания. Родился живой доношенный мальчик массой 3500 г, 51 см. Выписана в удовлетворительном состоянии на третьи сутки. На шестые сутки предъявляет жалобы

### **Жалобы**

На головную боль, слабость, боли в правой молочной железе, резкое повышение температуры тела до 39°C, озноб.

### **Анамнез заболевания**

Беременность протекала без особенностей. Роды протекали физиологически. Дома после выписки возникли сложности с грудным вскармливанием: отмечалось выраженное нагрубание молочных желез, отсутствие облегчения после кормления грудью. Молочные железы не сцеживала.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронический гайморит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы розовые, влажные. Периферических отеков нет. Отмечается выраженное нагрубание молочных желез, больше справа. В области верхненаружного квадранта правой молочной железы пальпируется уплотнение, кожа над ним гиперемирована, без четких контуров, горячая на ощупь. Внешне отмечается асимметрия молочных желез (правая молочная железа больше в объеме), уменьшение лактации в больной железе. Пальпируются увеличенные болезненные лимфоузлы в правой подмышечной впадине. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. Стул, мочеиспускание в норме. Выделения из половых путей сукровичные, без запаха. Температура тела 39°C в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, безболезненный в нижних отделах. Перитонеальных симптомов нет. Высота стояния дна матки 10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При влагалищном исследовании шейка матки сформирована, свободно проходима для одного пальца, тело матки увеличено до 9-10 недель беременности безболезненное при пальпации. Область придатков без особенностей. Своды свободны. Выделения сукровичные, без запаха. Дизурических симптомов нет.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Шестые сутки после родов и**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

## **Диагноз**

**Основным компонентом комплексного лечения у данной пациентки является**

- хирургическое лечение
- антибактериальная терапия
- десенсибилизирующая терапия
- аппаратный плазмаферез

**В качестве первой антибактериальной линии препаратов с учетом легкого течения мастита у данной пациентки следует выбрать**

- ингибиторозащищенный пенициллин (амоксциллин/клавулановая кислота)
- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин, эритромицин)
- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем, дорипенем)
- аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин, стрептомицин, канамицин, неомицин)

**При отсутствии улучшения состояния и отсутствии признаков абсцедирования необходимо произвести**

- смену антибиотиков на более широкий спектр
- оперативное хирургическое лечение со вскрытием гнойной полости
- диагностическую лапароскопию с целью поиска дополнительного очага
- рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях

**Показанием к подавлению лактации при мастите является**

- гнойный мастит
- серозный мастит стертого течения
- лактостаз обеих молочных желез
- наличие трещин соска молочной железы

**К методам профилактики развития послеродового мастита относят**

- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди и сцеживания
- рутинную антибиотикопрофилактику при нарушении техники грудного вскармливания

- адекватную витаминотерапию в сочетании с физиопроцедурами в раннем послеродовом периоде
- соблюдение родильницей правильного режима дня, чередование сна и бодрствования

**Учитывая наличие у пациентки серозного мастита, дополнительно к антибактериальной терапии необходимо**

- сцеживание пораженной молочной железы с целью уменьшения ее нагрубания
- подавление лактации бромкриптином или каберголином
- тугое бинтование пораженной молочной железы
- прикладывание ребенка только к пораженной молочной железе

**К современным особенностям течения мастита относятся**

- вялотекущий, мало прогрессирующий процесс со стертой клинической картиной
- быстрое прогрессирование процесса от серозного мастита до стадии абсцедирования
- раннее развитие клинической картины мастита, развивающегося на первые сутки после родов
- двухстороннее поражение молочных желез и лимфатических узлов

**Дифференциальную диагностику мастита следует проводить с раком молочной железы и**

- лимфаденитом
- лактостазом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

**В послеродовом периоде наиболее часто встречается + \_\_\_\_\_ + форма мастита**

- лимфаденитом
- лактостазом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Родильница Ф., 42 года. Роды путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Родилась живая доношенная девочка, весом 4100 г, 55 см. Выписана домой с ребенком в удовлетворительном состоянии на пятые сутки послеродового периода. На седьмые сутки на фоне трещины левого соска отметила боль в левой молочной железе, повышение температуры до 39°C. За медицинской помощью не обращалась, принимала жаропонижающие препараты. На следующие сутки отметила ухудшение состояния, увеличение болезненности и объема левой молочной железы, покраснение, повторное повышение температуры до 39°C, затруднение опорожнения левой молочной железы при сцеживании

### **Жалобы**

На головную боль, слабость, чувство жара, резкое повышение температуры тела до 39°C, озноб, болезненность в левой молочной железе

### **Анамнез заболевания**

Беременность вторая, спонтанная. Со слов пациентки, беременность была незапланированная. Первая беременность закончилась своевременными самопроизвольными родами крупным плодом на доношенном сроке. Данная беременность протекала с гестационным сахарным диабетом, без инсулинотерапии. Роды осложнились острой гипоксией плода, что явилось показанием к проведению срочного кесарева сечения

### **Анамнез жизни**

- \* Хронический бронхит;
- \* курит по 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец здоров, мать страдает сахарным диабетом второго типа инсулинонепотребным.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы розовые, влажные. Периферических отеков нет. Отмечается выраженное нагрубание молочных желез. Левая молочная железа увеличена в объеме. В области верхненаружного квадранта левой молочной железы пальпируется плотный болезненный инфильтрат, без участков размягчения, кожа над ним гиперемирована, с четким контуром, горячая на ощупь. Внешне отмечается асимметрия молочных желез (левая молочная железа больше в объеме), трещина левого соска, уменьшение отделения молока в больной железе. Пальпируются увеличенные болезненные лимфоузлы в левой подмышечной впадине. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Стул, мочеиспускание в норме. Выделения из

половых путей сукровичные, без запаха. Дизурических расстройств нет. Температура тела 38°C в левом локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, немного болезненный в нижних отделах. Перитонеальных симптомов нет. Высота стояния дна матки 10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Область послеоперационного рубца без особенностей.

#### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- лимфаденитом
- лактостазом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- лимфаденитом
- лактостазом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

#### **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Седьмые сутки после родов, анемия легкой степени и**

- лимфаденитом
- лактостазом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

#### **Диагноз**

**Основным компонентом комплексного лечения у данной пациентки является**

- хирургическое лечение
- антибактериальная терапия
- аппаратный плазмаферез
- десенсибилизирующая терапия

**В качестве первой антибактериальной линии препаратов с учетом тяжелого течения мастита у данной пациентки следует выбрать**

- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин)
- цефалоспорины I-II поколения (цефазолин, цефтазидим)
- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем)
- аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин, стрептомицин, канамицин)

**При отсутствии улучшения состояния и отсутствии признаков абсцедирования следует произвести**

- оперативное хирургическое лечение со вскрытием гнойной полости
- диагностическую лапароскопию с целью поиска дополнительного очага инфекции
- смену антибиотиков на более широкий спектр
- рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях

**При данной форме мастита грудное вскармливание**

- противопоказано несмотря на результат бактериологического посева
- возможно после получения результата бактериологического посева молока с титром микроорганизмов более  $5 \cdot 10^2$  КОЕ/мл.
- возможно без получения результата бактериологического посева молока
- противопоказано если результат бактериологического посева с титром микроорганизмов менее  $5 \cdot 10^2$  КОЕ/мл.

**Показанием к подавлению лактации при мастите является**

- наличие трещин соска молочной железы
- гнойный мастит
- серозный мастит стертого течения
- лактостаз обеих молочных желез

**К методам профилактики развития послеродового мастита относят**

- рутинную антибиотикопрофилактику при нарушении техники грудного вскармливания
- адекватную витаминотерапию в сочетании с физиопроцедурами в раннем послеродовом периоде
- соблюдение роженицей правильного режима дня, чередование сна и бодрствования
- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди и сцеживания

**К современным особенностям течения мастита относится**

- быстрое прогрессирование процесса от серозного мастита до стадии абсцедирования
- раннее развитие клинической картины мастита, развивающегося на первые сутки после родов
- вялотекущий, мало прогрессирующий процесс со стертой клинической картиной
- двухстороннее поражение молочных желез и лимфатических узлов

**Дифференциальную диагностику мастита следует проводить с раком молочной железы и**

- лактостазом
- лимфаденитом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

**В послеродовом периоде наиболее часто встречается + \_\_\_\_\_ + форма мастита**

- лактостазом
- лимфаденитом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., 22 лет, первые своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания. В связи с урежением сердцебиения плода в потужном периоде проведена срединнолатеральная правосторонняя эпизиотомия. Родился мальчик весом 4010 кг, 55 см. Послеродовое отделение, четвертые сутки после первых самопроизвольных, своевременных родов. Родильница предъявляет жалобы. Конец третьих – начало четвертых суток.

### **Жалобы**

На боль в области живота, учащенное мочеиспускание, мутные выделения из влагалища с запахом, температуру

### **Анамнез заболевания**

Беременность протекала с угрозой прерывания. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, урежением сердцебиения плода, эпизиотомией. Безводный промежуток составил 18 часов.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронический тонзиллит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температура тела 38°C в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, болезненный в нижних отделах. Перитонеальных симптомов нет. Высота стояния дна матки 13 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При влагалищном исследовании шейка матки сформирована плохо, свободно проходима для двух поперечных пальцев, тело матки увеличено до 14-15 недель беременности, тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Область придатков без особенностей. Своды свободны. Выделения сукровичные, мутные с запахом.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- лактостазом
- лимфаденитом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- лактостазом
- лимфаденитом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Вы поставили пациентке предварительный диагноз: Четвертые сутки после родов, анемия легкой степени и**

- лактостазом
- лимфаденитом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

## **Диагноз**

**Для верификации диагноза из дополнительных методов исследования можно назначить бактериологическое исследование лохий и**

- лактостазом
- лимфаденитом
- хроническим эндометритом
- межреберной невралгией

## **Результаты обследования**

**В отношении данной пациентки лечебная тактика будет состоять из симптоматической терапии и**

- лапароскопии, санации брюшной полости
- антибиотикотерапии
- отдельно – диагностического выскабливания полости матки
- дренирования брюшной полости

**В качестве первой антибактериальной линии препаратов у данной пациентки с эндометритом, развившимся на 4-ые сутки после родов, Вы выбрали**

- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем, дорипенем)
- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин, эритромицин)
- цефалоспорины I-II поколений (цефазолин, цефуроксим)
- ингибиторозащищенные пенициллины (амоксициллин/клавулановая кислота)

**При отсутствии улучшения состояния в течение 48-72 часов необходимо произвести**

- диагностическую лапароскопию
- смену антибактериальной терапии
- удаление матки без придатков
- рентгенографию легких в прямой проекции

**На фоне продолжающейся антибактериальной терапии Вы назначили пациентке антигистаминный препарат и**

- флуконазол
- простагландины
- дексаметазон
- антигистаминные препараты

**Анализируя данный клинический случай, Вы обнаружили, что**

**+ \_\_\_\_\_ + - основная причина развившегося у данной пациентки в послеродовом периоде эндометрита**

- хронический тонзиллит в анамнезе
- крупный плод и острая гипоксия плода
- длительный безводный промежуток
- срединнолатеральная правосторонняя эпизиотомия

**С целью профилактики послеродового эндометрита показано назначение антибиотиков при**

- безводном промежутке 12 часов и более
- вакуум-экстракции плода
- раннем излитии околоплодных вод
- проведении эпизиотомии

**Дифференциальную диагностику эндометрита следует проводить с**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

**После клинического выздоровления**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., 30 лет, первые своевременные оперативные роды на сроке 39-40 недель. Послеродовое отделение, четвертые сутки. Родильница предъявляет жалобы.

## **Жалобы**

На боль внизу живота, повышение температуры тела до 38,7°C, озноб

## **Анамнез заболевания**

Беременность протекала физиологически. Родоразрешена путем операции кесарево сечение экстренно в родах в связи с клинически узким тазом, обусловленным неправильным вставлением головки плода. Длительность родов до экстренного оперативного вмешательства 15 часов, безводный промежуток 10 часов. Кесарево сечение проведено без технических сложностей, длительность операции 40 минут.

## **Анамнез жизни**

- \* Эктопия шейки матки;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций нет;
- \* отец и мать здоровы.

## **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температура тела 38,7°C в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Высота стояния дна матки 14 см. Область послеоперационного шва на передней брюшной стенке без патологии. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

## **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

## **Результаты лабораторных методов обследования**

## **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки

- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Четвертые сутки после первых оперативных родов и**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовидной кишки
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

### **Диагноз**

**С целью уточнения диагноза следует провести пациентке бактериологический посев лохий и**

- лапароскопию, вакуум-аспирацию полости матки
- цистоскопию, ректороманоскопию
- дуплексное сканирование вен бассейна нижней полой вены
- магнитно-резонансную томографию органов малого таза

**В отношении данной пациентки основные лечебные мероприятия состоят из антибиотикотерапии и**

- диагностической лапароскопии
- утеротонической терапии
- десенсибилизирующей терапии
- выскабливания полости матки

**Этиотропным лечением в отношении данной пациентки является терапия**

- антипиретическая
- противовоспалительная
- антибактериальная
- десенсибилизирующая

**В качестве антибактериальной терапии у данной пациентки будут применяться**

- ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота)
- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем, дорипенем)

- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин, эритромицин)
- цефалоспорины I-II поколений (цефазолин, цефуроксим, цефтазидим)

**При отсутствии улучшения состояния в течение 48 часов необходимо произвести**

- смену антибактериальной терапии
- экстренную экстирпацию матки с придатками
- метропластику в сочетании с установкой дренажей
- рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях

**При проведении антибактериальной терапии в течение пяти дней следует провести профилактику грибковых инфекций**

- флуконазолом 150 мг внутривенно однократно
- флуконазолом 150 мг внутривенно ежедневно
- флуконазолом 150 мг внутривенно через день
- пимафуцином вагинально в течение трех дней

**К факторам риска развития послеродового эндометрита у данной пациентки относится**

- длительность операции свыше 15 часов
- экстрагенитальная патология хронического течения
- экстренная операция в родах
- длительность безводного промежутка

**Дифференциальную диагностику эндометрита следует проводить с**

- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовидной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Среди методов профилактики развития послеродового эндометрита у данной пациентки является**

- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовидной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., 42 года вторые оперативные роды на сроке 39 недель беременности в экстренном порядке. Послеродовое отделение, третьи сутки. Родильница предъявляет жалобы.

### **Жалобы**

На боль внизу области живота, повышение температуры тела, озноб

### **Анамнез заболевания**

Беременность вторая, роды вторые. Первые роды три года назад, самопроизвольные, родилась девочка 3300 г, 53 см. Данная беременность протекала с гестационным сахарным диабетом. На сроке 39 недель спонтанно развилась родовая деятельность. Роды осложнились клинически узким тазом, обусловленным крупными размерами плода и неправильным вставлением головки (высокой прямое стояние стреловидного шва, задний вид). Родоразрешена путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Длительность родов до экстренного оперативного вмешательства составила 7 часов, безводный промежуток 4 часа. Ребенок извлечен на 8 минуте с техническими сложностями (разрез на матке продлен на 4 см влево), весом 4060 г длиной 52 см. В правого угла разреза на матке образовалась гематома 4\*5 см, были наложены дополнительные гемостатические швы. Кровопотеря составила 900 мл. Продолжительность хирургического вмешательства 65 минут. Проведена антибиотикопрофилактика амоксициклавом 1,2 г однократно.

### **Анамнез жизни**

- \* Множественная миома матки;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций нет;
- \* у отца инфаркт миокарда в возрасте 61 года, мать здорова.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Рост 180 см, масса тела 76 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температура тела 38,2°С в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, болезненный в нижних отделах.

Перитонеальные симптомы отрицательные. Высота стояния дна матки 14 см. Область послеоперационного шва на передней брюшной стенке без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Третьи сутки после вторых оперативных родов, анемия средней степени и**

- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Диагноз**

**В отношении данной пациентки основные лечебные мероприятия состоят из антибиотикотерапии и**

- гемосорбции, плазмафереза
- утеротонической терапии
- диагностической лапароскопии
- санации полости матки

**В отношении данной пациентки лечебная тактика будет состоять из**

- антибиотикотерапии
- цистоскопии
- гистероскопии

- симптоматического лечения

**В качестве антибактериальной терапии у данной пациентки при эндометрите будут применяться**

- цефалоспорины I-II поколений (цефазолин, цефуроксим, цефтазидим)
- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем, дорипенем)
- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин, эритромицин)
- ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота)

**При отсутствии клинических признаков улучшения состояния в течении 48-72 часов и отсутствии признаков острой хирургической патологии необходимо произвести**

- рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях
- диагностическую лапароскопию и установку проточно- дренирующей системы
- смену антибактериальной терапии
- экстренное удаление матки с придатками

**На фоне продолжающегося лечения у пациентки отсутствует положительная динамика. При микробиологическом исследовании лохий обнаружен *Enterobacter cloacae* в титре  $1,0E+08$  КОЕ, резистентный к защищенным пенициллинам, чувствительный к цефалоспорином III-IV поколения. В данном случае целесообразно произвести замену антибактериального препарата на**

- цефепим
- цефуроксим
- ципрофлоксацин
- цефазолин

**Из дополнительных методов исследования можно назначить**

- лапароскопию, рентгенографию легких, компьютерную томографию органов малого таза
- маммографию, ультразвуковое исследование молочных желез
- гистероскопию, бактериологическое исследование лохий, магнитно-резонансную томографию органов малого таза
- цистоскопию, ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов органов малого таза

**Дифференциальную диагностику эндометрита следует проводить с**

- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовидной кишки
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью

### **К факторам риска развития послеродового эндометрита у данной пациентки относится**

- отсутствие антибиотикопрофилактики, кровопотеря
- увеличение объема оперативного вмешательства, анемия, длительность операции
- перевязка маточных труб, возраст пациентки
- экстрагенитальная патология, инфаркт у отца

### **Дополнительными факторами риска развития послеродового эндометрита могут являться**

- отсутствие антибиотикопрофилактики, кровопотеря
- увеличение объема оперативного вмешательства, анемия, длительность операции
- перевязка маточных труб, возраст пациентки
- экстрагенитальная патология, инфаркт у отца

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., 32 года, первые своевременные оперативные роды на сроке 37-38 недель. Послеродовое отделение, четвертые сутки. Родильница предъявляет жалобы.

### **Жалобы**

На боль внизу живота, повышение температуры тела, озноб

### **Анамнез заболевания**

Беременность протекала с угрозой прерывания, дважды проводилось стационарное лечение (в I и II триместрах), в 24 недели был установлен акушерский пессарий в связи с истмико-цервикальной недостаточностью, удален в 37 недель. На следующий день поступила с активной родовой деятельностью и ранним излитием околоплодных вод. Родоразрешена путем операции кесарево сечение экстренно в родах в связи с острой гипоксией плода. Длительность родов до экстренного оперативного вмешательства 8 часов, безводный промежуток 7 часов. Кесарево сечение проведено без технических сложностей, длительность операции 40 минут.

### **Анамнез жизни**

- \* Миопия слабой степени;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций нет;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температура тела 38,7°C в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, болезненный в нижних отделах.

Перитонеальные симптомы отрицательные. Высота стояния дна матки 14 см. Область послеоперационного шва на передней брюшной стенке без патологии. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- отсутствие антибиотикопрофилактики, кровопотеря
- увеличение объема оперативного вмешательства, анемия, длительность операции
- перевязка маточных труб, возраст пациентки
- экстрагенитальная патология, инфаркт у отца

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- отсутствие антибиотикопрофилактики, кровопотеря
- увеличение объема оперативного вмешательства, анемия, длительность операции
- перевязка маточных труб, возраст пациентки
- экстрагенитальная патология, инфаркт у отца

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Четвертые сутки после первых оперативных родов и**

- отсутствие антибиотикопрофилактики, кровопотеря

- увеличение объема оперативного вмешательства, анемия, длительность операции
- перевязка маточных труб, возраст пациентки
- экстрагенитальная патология, инфаркт у отца

## **Диагноз**

### **Из дополнительных методов исследования можно назначить**

- бактериологическое исследование лохий, магнитно-резонансную томографию органов малого таза
- маммографию в динамике, ультразвуковое исследование молочных желез
- лапароскопию, рентгенографию легких, компьютерную томографию органов малого таза
- цистоскопию, ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов органов малого таза

### **Основные лечебные мероприятия состоят из антибиотикотерапии и**

- инфузионной, утеротонической терапии
- санации полости матки
- десенсибилизирующей терапии
- в/в введения озонированного физ.раствора

### **Этиотропным лечением в отношении данной пациентки является терапия**

- антипиретическая
- десенсибилизирующая
- противовоспалительная
- антибактериальная

### **В качестве антибактериальной терапии у данной пациентки будут применяться**

- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем, дорипенем)
- ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота)
- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин, эритромицин)
- цефалоспорины I-II поколений (цефазолин, цефуроксим)

### **При отсутствии улучшения состояния в течение 48 часов необходимо произвести**

- метропластику в сочетании с установкой дренажей

- рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях
- смену антибактериальной терапии
- экстренную экстирпацию матки с придатками

**При проведении антибактериальной терапии в течение пяти дней следует провести профилактику грибковых инфекций**

- флуконазолом 150 мг внутривенно однократно
- флуконазолом 150 мг внутривенно ежедневно
- пимафуцином вагинально в течение трех дней
- флуконазолом 150 мг внутривенно через день

**К факторам риска развития послеродового эндометрита у данной пациентки относится**

- экстрагенитальная патология стертого течения
- акушерский пессарий
- длительность безводного промежутка свыше 12 часов
- длительность операции свыше 15 часов

**Дифференциальную диагностику эндометрита следует проводить с**

- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**На фоне комплексной терапии отмечено клинико-лабораторное улучшение, пациентка планировалась к выписке. После посещения родственников на фоне продолжающейся антибактериальной терапии вновь отмечено повышение температуры до 38С, сопровождающееся ломотой в теле. При повторном обследовании отрицательной лабораторной динамики не выявлено. Вероятным диагнозом является**

- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., 32 года, первые оперативные роды в доношенном сроке в

экстренном порядке. Послеродовое отделение, третьи сутки. Родильница предъявляет жалобы.

### **Жалобы**

На боль внизу живота, повышение температуры тела, озноб

### **Анамнез заболевания**

Беременность протекала физиологически. На сроке 39 недель произошло преждевременное излитие околоплодных вод. Оценка шейки матки по шкале Bishop 8 баллов. Через шесть часов спонтанно развилась родовая деятельность. В связи с острой гипоксией плода при открытии маточного зева восемь сантиметров была родоразрешена путем операции кесарева сечения. На момент операции безводный промежуток 15 часов, в родах 9 часов. Оперативное вмешательство без технических сложностей.

### **Анамнез жизни**

- \* Хронический бронхит;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций нет;
- \* отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Рост 170 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температура тела 38,9°C в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Высота стояния дна матки 15 см. Область послеоперационного шва на передней брюшной стенке без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовидной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Третьи сутки после оперативных родов и**

- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Диагноз**

**С целью уточнения диагноза следует провести пациентке бактериологический посев лохий и**

- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

**Результаты обследования**

**В отношении данной пациентки основные лечебные мероприятия состоят из антибактериальной терапии и**

- гемосорбции, плазмафереза
- утеротонической терапии
- санации полости матки
- диагностической лапароскопии

**Патогенетическим лечением в отношении данной пациентки является + \_\_\_\_\_ + терапия**

- противовоспалительная
- антибактериальная
- десенсибилизирующая

- антипиретическая

**В качестве антибактериальной терапии у данной пациентки при тяжелом течении эндометрита будут применяться**

- цефалоспорины I-II поколений (цефазолин, цефуроксим)
- ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота)
- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин, эритромицин)
- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем, дорипенем)

**При отсутствии улучшения состояния необходимо произвести**

- санационную гистероскопию и промывание полости матки растворами антисептиков
- диагностическую лапароскопию с возможным расширением доступа с целью санации полости матки
- оперативную экстирпацию матки с придатками
- смену антибиотиков на цефалоспорины III-IV поколения

**Тактика врача в отношении данной пациентки должна была включать**

- экстренное кесарево сечение в момент поступления
- санацию очагов экстрагенитальной инфекции
- подготовку шейки матки мифепристоном
- антибиотикопрофилактику при безводном промежутке 12 часов

**Дифференциальную диагностику эндометрита следует проводить с**

- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовидной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла
- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом

**К наиболее значимому фактору риска развития послеродового эндометрита у данной пациентки относится**

- преждевременное излитие вод
- хронический бронхит
- возраст первородящей 32 года
- длительный безводный промежуток

**К факторам риска развития послеродового эндометрита относятся**

- преждевременное излитие вод

- хронический бронхит
- возраст первородящей 32 года
- длительный безводный промежуток

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильница Ф., 40 лет, вторые оперативные роды на сроке 39 недель беременности в плановом порядке. Послеродовое отделение, третьи сутки. Родильница предъявляет жалобы.

### **Жалобы**

На боль внизу области живота, повышение температуры тела, озноб

### **Анамнез заболевания**

Беременность вторая, роды вторые. Первые роды три года назад, путем операции кесарева сечения в связи с упорной слабостью родовой деятельности. Во время второй беременности отмечен рост миоматозных узлов, максимальным диаметром до 8 см, расположенных интерстициально субсерозно на передней стенке матки слева.

На сроке 39 недель планово проведена операция кесарева сечения в комбинации с миомэктомией и перевязкой маточных труб (по желанию женщины). Кровопотеря составила 900 мл. Продолжительность хирургического вмешательства 68 минут. Проведена антибиотикопрофилактика амоксиклавом 1,2 г однократно.

### **Анамнез жизни**

- \* Множественная миома матки;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций нет;
- \* у отца инфаркт миокарда в возрасте 61 года, мать здорова.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Рост 180 см, масса тела 76 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температура тела 38,2°C в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Высота стояния дна матки 14 см.

Область послеоперационного шва на передней брюшной стенке без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- преждевременное излитие вод
- хронический бронхит
- возраст первородящей 32 года
- длительный безводный промежуток

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- преждевременное излитие вод
- хронический бронхит
- возраст первородящей 32 года
- длительный безводный промежуток

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: Третьи сутки после вторых оперативных родов, миомэктомии без вскрытия полости матки, перевязки маточных труб, анемия средней степени и**

- преждевременное излитие вод
- хронический бронхит
- возраст первородящей 32 года
- длительный безводный промежуток

**Диагноз**

**С целью уточнения диагноза необходимо провести пациентке бактериологический посев лохий и**

- преждевременное излитие вод
- хронический бронхит
- возраст первородящей 32 года
- длительный безводный промежуток

**Результаты обследования**

**В отношении данной пациентки основные лечебные мероприятия состоят из**

- диагностической лапароскопии
- общего воздействия ( антибактериальная терапия) и санации полости матки
- инфузионной и утеротонической терапии
- гемосорбции и плазмафереза

**В качестве антибактериальной терапии у данной пациентки при эндометрите будут применяться**

- цефалоспорины I-II поколений (цефазолин, цефуроксим)
- карбапенемы (имипенем, меропенем, биापенем, эртапенем, дорипенем)
- макролиды (азитромицин, джозамицин, рокситромицин)
- ингибиторозащищенные пенициллины (амоксициллин/клавулановая кислота)

**Следующим шагом в составе комплексной терапии является проведение**

- релапаротомии
- вакуум-аспирации
- гистероскопии
- лапароскопии

**При отсутствии клинических признаков улучшения состояния в течении 48-72 часов и отсутствии признаков острой хирургической патологии необходимо произвести**

- диагностическую лапароскопию с установкой проточно-дренажной системы
- смену антибактериальной терапии
- рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях
- экстренное удаление матки с придатками

**На фоне продолжающегося лечения у пациентки отсутствует положительная динамика. При микробиологическом исследовании лохий обнаружен *Enterobacter cloacae* в титре  $1,0E+08$  КОЕ, резистентный к защищенным пенициллинам, чувствительный к цефалоспорином III-IV поколения. В данном случае целесообразно произвести замену антибактериального препарата на**

- цефепим
- цефазолин
- цефуроксим
- ципрофлоксацин

## **Дифференциальную диагностику эндометрита следует проводить с**

- ущемлением паховой грыжи, кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей, сальпингоофоритом
- острой задержкой мочи, дивертикулитом сигмовиной кишки
- разрывом кисты яичника, некрозом миоматозного узла

## **К факторам риска развития послеродового эндометрита относятся**

- влагалищное исследование в родах один раз в час, амниотомия, непрерывный кардиомониторный контроль
- плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, нарушения маточно-плодового кровотока
- плановое оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути двойней, ручное пособие при тазовом предлежании
- длительный безводный промежуток, срочное оперативное родоразрешение, ручное обследование матки

## **К факторам риска развития послеродового эндометрита у данной пациентки относится**

- влагалищное исследование в родах один раз в час, амниотомия, непрерывный кардиомониторный контроль
- плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, нарушения маточно-плодового кровотока
- плановое оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути двойней, ручное пособие при тазовом предлежании
- длительный безводный промежуток, срочное оперативное родоразрешение, ручное обследование матки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 39 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли по 15-20 секунд через 5-6 минут в течение 5 часов и подтекание вод в течение 2-х часов.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно.

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;
- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 76, АД прав рука 120/70, левая рука 122/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- влагалищное исследование в родах один раз в час, амниотомия, непрерывный кардиомониторный контроль
- плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, нарушения маточно-плодового кровотока
- плановое оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути двойней, ручное пособие при тазовом предлежании
- длительный безводный промежуток, срочное оперативное родоразрешение, ручное обследование матки

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются измерение**

- влагалищное исследование в родах один раз в час, амниотомия, непрерывный кардиомониторный контроль
- плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, нарушения маточно-плодового кровотока
- плановое оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути двойней, ручное пособие при тазовом предлежании
- длительный безводный промежуток, срочное оперативное родоразрешение, ручное обследование матки

### **Результаты обследования**

## **Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- влагалищное исследование в родах один раз в час, амниотомия, непрерывный кардиомониторный контроль
- плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, нарушения маточно-плодового кровотока
- плановое оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути двойней, ручное пособие при тазовом предлежании
- длительный безводный промежуток, срочное оперативное родоразрешение, ручное обследование матки

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- влагалищное исследование в родах один раз в час, амниотомия, непрерывный кардиомониторный контроль
- плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, нарушения маточно-плодового кровотока
- плановое оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути двойней, ручное пособие при тазовом предлежании
- длительный безводный промежуток, срочное оперативное родоразрешение, ручное обследование матки

## **Результаты обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39 нед. 3 дня. Головное предлежание. I период родов**

- влагалищное исследование в родах один раз в час, амниотомия, непрерывный кардиомониторный контроль
- плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, нарушения маточно-плодового кровотока
- плановое оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути двойней, ручное пособие при тазовом предлежании
- длительный безводный промежуток, срочное оперативное родоразрешение, ручное обследование матки

## **Диагноз**

### **Дополнительная информация**

Через час у пациентки появились жалобы на кровянистые выделения из

половых путей в объеме 200 мл.

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 72, АД прав рука 100/60, левая рука 100/60 мм.рт.ст. По данным КТГ отмечается урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин в течение 10 минут.

При влагалищном исследовании:

Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, хорошо растяжимые.

Открытие маточного зева 7-8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере малый родничок справа кпереди. Подтекают окрашенные кровью околоплодные воды.

**Предполагаемым диагнозом является**

- слабость родовой деятельности
- клинический узкий таз
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- хроническая гипоксия плода

**Дальнейшая тактика для ведения пациентки заключается в проведении**

- кесарева сечения
- наложения акушерских щипцов
- вакуум-экстракции плода
- инфузии окситоцина

**Одномоментно после извлечения плода выделилось 300 мл, сгустков. После рождения последа матка дряблая, сокращается плохо. Объем интраоперационной кровопотери 900 мл. Дальнейшая тактика заключается в проведении**

- установки влагалищного баллона
- гистерэктомии
- экстериоризации матки
- компрессионных швов

**После проведения компрессионного гемостаза матки кровотечение продолжается. Общий объем кровопотери составил 1500 мл. Дальнейшая тактика заключается в проведении**

- гистерэктомии
- перевязки внутренних подвздошных сосудов
- установки влагалищного баллона
- установки внутриматочного баллона

**Показанием к кесареву сечению в экстренном порядке является**

- наличие мекониальных околоплодных вод
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- преждевременное излитие околоплодных вод
- сомнительный тип кардиотокограммы

**Оптимальным сроком для проведения планового кесарева сечения при одноплодной беременности является + \_\_\_\_ + недель**

- 38
- 37
- 40
- 39

**Оптимальным видом и уровнем разреза на матке во время операции кесарева сечения является**

- 38
- 37
- 40
- 39

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 39 недель 5 дней.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли по 10-15 секунд через 5-6 минут в течение 5 часов и подтекание околоплодных вод в течение 4-х часов.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно.

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;

- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД прав рука 125/72, левая рука 124/82 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

**Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- 38
- 37
- 40
- 39

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются измерение**

- 38
- 37
- 40
- 39

**Результаты обследований**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- 38
- 37
- 40
- 39

**Результаты инструментального метода обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- 38
- 37
- 40
- 39

## **Результаты исследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39 недель 5 дня. Головное предлежание. I период родов**

- 38
- 37
- 40
- 39

## **Диагноз**

**Через 4 часа у пациентки появились жалобы на урежение схваток. Схватки по 10-15 секунд через 7-8 минут**

**Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, хорошо растяжимые.**

**Открытие маточного зева 3 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс недостижим. Экзостозов нет.**

**Подтекают светлые околоплодные воды.**

**Осложнением родов является**

- клинический узкий таз
- дискоординация родовой деятельности
- первичная слабость родовой деятельности
- вторичная слабость родовой деятельности

**Дальнейшая тактика ведения заключается в проведении**

- вакуум-экстракции плода
- эпидуральной аналгезии
- кесарева сечения
- инфузии окситоцина

**Через 4 часа инфузия окситоцина составила 10,8 мл в час. У пациентки**

**жалобы на схватки по 20-25 секунд через 3-4 минут. При влагалищном**

**исследовании: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, хорошо растяжимые. Открытие маточного зева 3-4 см. Плодного пузыря нет.**

**Предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Мыс недостижим.**

**Экзостозов нет. Подтекают светлые околоплодные воды. Дальнейшая тактика ведения заключается в проведении**

- кесарева сечения
- эпидуральной аналгезии

- вакуум-экстракции плода
- инфузии окситоцина

**После извлечения плода и рождения последа матка дряблая, сокращается плохо, общий объем кровопотери 1000 мл. Дальнейшая тактика ведения заключается в проведении**

- компрессионных швов
- перевязки внутренних подвздошных сосудов
- гистерэктомии
- установки внутриматочного баллона

**Перед наложением компрессионных швов необходимо выполнить**

- проведение нижнесрединной лапаротомии
- продление кожного разреза в поперечном направлении
- установить влагалищный баллон
- экстериоризацию

**Оптимальным способом восстановления раны матки является наложение**

- однорядного непрерывного шва
- однорядного с блокировкой непрерывного шва
- двухрядного непрерывного шва
- отдельных Z-образных швов

**Антибиотикопрофилактику при операции кесарево сечение целесообразно проводить**

- однорядного непрерывного шва
- однорядного с блокировкой непрерывного шва
- двухрядного непрерывного шва
- отдельных Z-образных швов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 25 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 40 недель 4 дня.

### **Жалобы**

На схватки в течение 4х часов

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции отрицает;
- \* Хронические заболевания других органов и систем отрицает.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.
- \* Акушерский анамнез: I беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД прав рука 115/75, левая рука 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- однорядного непрерывного шва
- однорядного с блокировкой непрерывного шва
- двухрядного непрерывного шва
- отдельных Z-образных швов

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются: измерение**

- однорядного непрерывного шва
- однорядного с блокировкой непрерывного шва
- двухрядного непрерывного шва
- отдельных Z-образных швов

### **Результаты обследований**

### **Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- однорядного непрерывного шва
- однорядного с блокировкой непрерывного шва
- двухрядного непрерывного шва
- отдельных Z-образных швов

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- однорядного непрерывного шва
- однорядного с блокировкой непрерывного шва
- двухрядного непрерывного шва
- отдельных Z-образных швов

## **Результаты обследования**

**По данным КТГ базальный ритм 150 ударов/минуту, вариабельность 15 ударов, имеются единичные вариабельные децелерации. Вы оценили тип КТГ как**

- патологический
- нормальный
- претерминальный
- сомнительный

**Дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в**

- наложении акушерских щипцов
- проведении вакуум экстракция плода
- наблюдении за пациенткой
- проведении кесарева сечение

**Через 2 часа по данным КТГ базальный ритм 170 ударов/минуту, вариабельность 15 ударов, имеются повторные вариабельные децелерации. Вы оценили тип КТГ как**

- претерминальный
- сомнительный
- нормальный
- патологический

**Дальнейшая тактика пациентки заключается в**

- наложении акушерских щипцов
- проведении вакуум-экстракция плода
- наблюдении за пациенткой
- проведении кесарева сечения

Открытие шейки матки полное, головке плода расположена в широкой части полости малого таза. По данным КТГ базальный ритм 170 ударов/минуту, вариабельность 15 ударов, имеются повторные поздние децелерации. Тип КТГ

- патологический
- нормальный
- сомнительный
- претерминальный

Дальнейшая тактика при данном типе КТГ и акушерской ситуации заключается в

- проведении вакуум-экстракции плода
- проведении кесарева сечения
- наблюдении за пациенткой
- наложении акушерских щипцов

Во время операции кесарева сечения извлечен новорожденный на 7/7 баллов по шкале Апгар. Степень тяжести асфиксии при рождении у данного новорожденного

- легкая
- тяжелая
- умеренная
- отсутствует

После родов для оценки уровня гипоксии новорожденного обязательным является оценка + \_\_\_\_\_ + пуповинной крови

- легкая
- тяжелая
- умеренная
- отсутствует

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Беременная 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 37 недель 1 дней.

### Жалобы

На сукровичные выделения из половых путей.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции отрицает;
- \* Хронические заболевания других органов и систем отрицает.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.
- \* Акушерский анамнез: I беременность – данная
- \* В 36 недель по УЗИ плацента перекрывала внутренний зев

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 76, АД прав рука 115/70, левая рука 120/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

**Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- легкая
- тяжелая
- умеренная
- отсутствует

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются: измерение**

- легкая
- тяжелая
- умеренная
- отсутствует

### **Результаты обследований**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- легкая
- тяжелая
- умеренная

- отсутствует

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Необходимым обследованием для определения источника кровотечения является**

- легкая
- тяжелая
- умеренная
- отсутствует

### **Результаты обследования**

**На основании результатов обследования можно поставить клинический диагноз: Беременность 37 недель 1 день**

- легкая
- тяжелая
- умеренная
- отсутствует

### **Диагноз**

**Осложнением данного заболевания является**

- хроническая гипоксия плода
- разрыв матки
- кровотечение
- преждевременное излитие вод

**При визуальной оценке выделений объем кровопотери составил 150 мл.**

**Дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в проведении**

- кесарева сечения
- амниотомии
- естественных родов
- индукции родов

**Методом выбора анестезии у данной пациентки является проведение**

**+ \_\_\_\_\_ + анестезии**

- эпидуральной
- внутривенной

- спинальной
- эндотрахеальной

**После рождения последа нижний сегмент дряблый, сокращается плохо. Объем интраоперационной кровопотери 900 мл. Дальнейшая тактика заключается в проведении**

- экстериоризации матки
- компрессионных швов на нижний сегмент матки
- установки влагалищного баллона
- гистерэктомии

**Предпочтительной техникой восстановления стенки матки является зашивание матки**

- отдельными П-образными швами
- однорядным швом с блокировкой
- двухрядным швом
- однорядным швом

**В послеоперационном периоде утеротоническая терапия проводится**

- церукалом
- мизопростолом
- транексамом
- окситоцином

**В раннем послеоперационном периоде обезболивание пациентки проводится с помощью**

- церукалом
- мизопростолом
- транексамом
- окситоцином

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 40 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота в течение 2х часов.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно.

### **Анамнез жизни**

- \* детские инфекции отрицает;
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.
- \* Акушерский анамнез: I беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД прав рука 120/75, левая рука 120/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

**Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- церукалом
- мизопростолом
- транексамом
- окситоцином

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются: измерение**

- церукалом
- мизопростолом
- транексамом
- окситоцином

### **Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- церукалом
- мизопростолом
- транексамом
- окситоцином

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- церукалом
- мизопростолом
- транексамом
- окситоцином

## **Результаты обследования**

**Через 3 часа появились жалобы на излитие зеленых околоплодных вод. На основании результатов обследования наиболее вероятным клиническим диагнозом является: Беременность 40 недель 3дня. Головное предлежание. 1 период родов**

- плацентарная недостаточность
- хроническая гипоксия плода
- нарушение кровотока плода
- острая гипоксия плода

**Учитывая наличие данного осложнения, контроль за состоянием плода в родах будет проводиться с помощью**

- аускультации
- забора крови из предлежащей части для оценки концентрации лактата
- ультразвукового исследования
- кардиотокографии непрерывно

**Через 2 часа по данным кардиотокографии в течение 30 минут отмечаются поздние повторные децелерации, на основании этого следует определить тип КТГ как**

- патологический
- сомнительный
- переменный
- нормальный

**Пациентке можно поставить клинический диагноз: Беременность 40 нед. 3 дня. Головное предлежание. I период родов**

- патологический
- сомнительный
- переменный

- нормальный

## Диагноз

При проведении влагалищного исследования было выявлено: Шейка матки сглажена, края тонкие. Открытие маточного зева 9 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс недостижим. Экзостозов нет. Подтекают мекониальные околоплодные воды. Дальнейшая тактика ведения пациентки заключается в проведении

- вакуум-экстракции плода
- наложении акушерских щипцов
- кесарева сечения
- инфузии окситоцина

После родов для оценки уровня гипоксии новорожденного обязательным является оценка + \_\_\_\_\_ + пуповинной крови

- уровня билирубина
- уровня гемоглобина
- кислотно-основного состава
- уровня глюкозы

Во время операции кесарева сечения извлечен новорожденный на 6/7 баллов по шкале Апгар. Степень тяжести асфиксии при рождении у данного новорожденного

- умеренная
- тяжелая
- легкая
- отсутствует

Поздние децелерации указывают на

- умеренная
- тяжелая
- легкая
- отсутствует

## Условие ситуационной задачи

Ситуация

Беременная 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 38 недель 4 дня.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота в течение 2х часов

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 2. Наступила самопроизвольно

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;

- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – 2014г. операция кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности 3500/54, 8/9 баллов по шкале Апгар.

II беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД прав рука 120/75, левая рука 120/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Область рубца безболезненная при пальпации. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- умеренная
- тяжелая
- легкая
- отсутствует

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются: измерение**

- умеренная
- тяжелая
- легкая
- отсутствует

## **Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- умеренная
- тяжелая
- легкая
- отсутствует

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- умеренная
- тяжелая
- легкая
- отсутствует

## **Результаты исследования**

**Контроль за состоянием плода в родах будет проводиться с помощью**

- кардиотокографии непрерывно
- аускультации
- ультразвукового исследование
- забора крови для оценки лактата

**Через 2 часа по данным кардиотокографии в течение 30 минут отмечаются повторные переменные децелерации, следует определить тип КТГ как**

- нормальный
- переменный
- сомнительный
- патологический

**Пациентка отмечает боли в области рубца. Клиническим диагнозом будет**

- хроническая гипоксия плода
- слабость родовой деятельности
- угрожающий разрыв матки
- клинический узкий таз

**При проведении влагалищного исследования обнаружено: открытие шейки матки полное, головка плода в широкой части полости малого таза.**

**Дальнейшая тактика для ведения пациента заключается в проведении**

- кесарева сечение
- инфузии окситоцина
- вакуум-экстракции плода
- наложении полостных акушерских щипцов

**После родов для оценки уровня гипоксии новорожденного обязательным является оценка + \_\_\_\_\_ + пуповинной крови**

- уровня глюкозы
- уровня гемоглобина
- уровня билирубина
- кислотно-основного состава

**Во время операции кесарева сечения извлечен новорожденный на 5/6 баллов по шкале Апгар. Степень тяжести асфиксии при рождении у данного новорожденного**

- тяжелая
- умеренная
- легкая
- отсутствует

**Интраоперационно на матке слева в нижнем сегменте имеется линейный дефект 4 см, переходящий в гематому широкой связки. Дальнейшая тактика заключается в проведении**

- метропластики
- удалении матки
- баллонной тампонады матки
- перевязки внутренних подвздошных

**Вариабельные децелерации указывают на**

- метропластики
- удалении матки
- баллонной тампонады матки
- перевязки внутренних подвздошных

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Беременная 31 года доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 39 недель 4 дня.

## **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота в течение 2-х часов

## **Анамнез заболевания**

Данная беременность 2. Наступила самопроизвольно

## **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;

- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – 2014г. своевременные роды 3400/58 8/9 по шкале Апгар

II беременность – данная. По данным ультразвукового исследования 3 триместра масса плода опережает должную на 2 недели.

## **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное.

Пульс 74, АД прав рука 115/75, левая рука 115/75 мм.рт.ст. Дыхание

везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не

изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при

пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с

обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

## **Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- метропластики
- удалении матки
- баллонной тампонады матки
- перевязки внутренних подвздошных

## **Результаты лабораторных методов обследования**

## **Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются: измерение**

- метропластики
- удалении матки
- баллонной тампонады матки
- перевязки внутренних подвздошных

## **Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- метропластики
- удалении матки
- баллонной тампонады матки
- перевязки внутренних подвздошных

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- метропластики
- удалении матки
- баллонной тампонады матки
- перевязки внутренних подвздошных

## **Результаты исследования**

**Контроль за состоянием плода в родах будет проводиться с помощью**

- ультразвукового исследования
- аускультации
- кардиотокографии
- забора крови для оценки лактата

**Через 2 часа по данным кардиотокографии в течение 30 минут отмечаются повторные переменные децелерации, нужно определить тип КТГ как**

- сомнительный
- нормальный
- переменный
- патологический

**При проведении влагалищного исследования выявлено: Шейка матки гладкая. Открытие маточного зева 7-8см. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Проведена амниотомия. При излитии околоплодных вод выпали петли пуповины. Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в проведении**

- инфузии окситоцина
- вакуум-экстракции плода

- наложении акушерских щипцов
- кесарева сечения

**После родов для оценки уровня гипоксии новорожденного обязательным является оценка + \_\_\_\_\_ + пуповинной крови**

- уровня билирубина
- кислотно-основного состава
- уровня глюкозы
- уровня гемоглобина

**Во время операции кесарева сечения извлечен новорожденный на 6/7 баллов по шкале Апгар. Степень тяжести асфиксии при рождении у данного новорожденного**

- легкая
- тяжелая
- умеренная
- отсутствует

**Интраоперационно на матке слева на сосудистом пучке определяется субсерозный миоматозный узел диаметром 3 см. Дальнейшая тактика заключается в**

- удалении матки
- баллонной тампонаде матки
- миомэктомии
- отказе от миомэктомии

**Вариабельные децелерации указывают на**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

**При вариабельных децелерациях необходимо**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

**Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 32 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 38 недель 4 дня.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота в течение 2-х часов

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;

- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД прав рука 115/75, левая рука 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются: измерение**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

## **Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

## **Результаты исследования**

**Контроль за состоянием плода в родах будет проводиться с помощью**

- кардиотокографии
- аускультации
- забора крови для оценки лактата
- ультразвукового исследования

**По данным наружного обследования головка плода слева. При влагалищном исследовании предлежащая часть не определяется. Положение плода**

- тазовое
- косое
- ножное
- поперечное

**Дальнейшая тактика для ведения пациента заключается в проведении**

- инфузии окситоцина
- наложении акушерских щипцов
- вакуум-экстракции плода
- кесарева сечения

**Интраоперационно после вскрытия стенки матки в рану предлежит спинка плода. Дальнейшая тактика заключается в проведении**

- Т-образного разреза на матке
- извлечения за спинку плода
- наружно-внутреннего поворота плода
- L-образного разреза на матке

**Во время операции кесарева сечения извлечен новорожденный на 6/7 баллов по шкале Апгар. Степень тяжести асфиксии при рождении у данного новорожденного**

- тяжелая
- умеренная
- легкая
- отсутствует

**Интраоперационно на матке слева, на сосудистом пучке определяется субсерозный миоматозный узел диаметром 3см. Дальнейшая тактика заключается в**

- отказе от миомэктомии
- удалении матки
- миомэктомии
- баллонной тампонаде матки

**Поздние децелерации указывают на**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

**При поздних децелерациях необходимо**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Беременная 25 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 40 недель 4 дня.

### **Жалобы**

На схватки в течение 2х часов.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции отрицает;

- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД прав рука 115/75, левая рука 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются измерение**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

### **Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

**Результаты инструментальных методов обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- нарушение маточно-плацентарного кровотока
- сдавление головки плода
- сдавление туловища плода
- сдавление пуповины

**Результаты исследования**

**По данным влагалищного обследования положение плода**

- косое
- тазовое
- поперечное
- ножное

**Дальнейшая тактика для ведения пациента заключается в проведении**

- инфузии окситоцина
- наложении акушерских щипцов
- вакуум-экстракции плода
- кесарева сечения

**Интраоперационно после вскрытия стенки матки в рану предлежат спинка и ножки плода. Дальнейшая тактика заключается в проведении**

- извлечения за ножки плода
- L-образного разреза на матке
- T-образного разреза на матке
- наружно-внутреннего поворота

**Во время операции кесарева сечения извлечен новорожденный на 8/9 баллов по шкале Апгар. Степень тяжести асфиксии при рождении у данного новорожденного**

- умеренная
- тяжелая
- легкая
- отсутствует

**Интраоперационно на матке слева, определяется субсерозный миоматозный узел диаметром 8 см. Дальнейшая тактика заключается в**

- удалении матки
- отказе от миомэктомии
- баллонной тампонаде матки
- миомэктомии

**Миомэктомия во время беременности проводится при**

- субмукозном расположении узла
- перекруте ножки опухоли узла
- шейечно-перешеечном расположении узла
- миомах матки диаметром 5 см

**Ранние децелерации свидетельствуют о**

- нарушении маточно-плацентарного кровотока
- сдавлении туловища плода
- сдавлении головки плода
- сдавлении пуповины

**При поздних децелерациях необходимо**

- нарушении маточно-плацентарного кровотока
- сдавлении туловища плода
- сдавлении головки плода
- сдавлении пуповины

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 35 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 40 недель 5 дня.

### **Жалобы**

На схватки в течение 4х часов.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность 1. Наступила самопроизвольно.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции отрицает;
- \* Хронические заболевания других органов и систем отрицает.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.
- \* Акушерский анамнез: I беременность – данная

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД прав рука 115/75, левая рука 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при поступлении пациентки в стационар являются**

- нарушении маточно-плацентарного кровотока
- сдавлении туловища плода
- сдавлении головки плода
- сдавлении пуповины

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми физикальными методами обследования пациентки являются: измерение**

- нарушении маточно-плацентарного кровотока
- сдавлении туловища плода
- сдавлении головки плода
- сдавлении пуповины

### **Результаты обследований**

### **Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- нарушении маточно-плацентарного кровотока
- сдавлении туловища плода
- сдавлении головки плода
- сдавлении пуповины

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**При проведении влагалищного исследования необходимо оценить**

- нарушении маточно-плацентарного кровотока
- сдавлении туловища плода
- сдавлении головки плода
- сдавлении пуповины

## **Результаты обследования**

**По данным КТГ базальный ритм 170 ударов/минуту, вариабельность 15 ударов. Необходимо оценить тип КТГ как**

- нормальный
- сомнительный
- патологический
- претерминальный

**Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в**

- проведении вакуум-экстракции плода
- наложении акушерских щипцов
- наблюдении за пациенткой
- проведении кесарева сечения

**Через 2 часа по данным КТГ базальный ритм 170 ударов/минуту, вариабельность 15 ударов, имеются повторные вариабельные децелерации. Можно оценить тип КТГ как**

- претерминальный
- нормальный
- сомнительный
- патологический

**Дальнейшая тактика при сомнительном типе КТГ пациента заключается в**

- проведении вакуум-экстракции плода
- проведении кесарева сечения
- наложении акушерских щипцов
- наблюдении за пациенткой

**Открытие шейки матки полное, головке плода в широкой части малого таза. По данным КТГ базальный ритм 190 ударов/минуту, вариабельность 4 удара в минуту более 50 минут. Тип КТГ**

- сомнительный
- нормальный
- претерминальный
- патологический

**Дальнейшая тактика при данном типе КТГ и акушерской ситуации заключается в**

- наложении акушерских щипцов
- проведении вакуум-экстракции плода
- наблюдении за пациенткой
- проведении кесарева сечения

**Во время операции кесарева сечения извлечен новорожденный на 4/5 баллов по шкале Апгар. Степень тяжести асфиксии при рождении у данного новорожденного**

- умеренная
- отсутствует
- легкая
- тяжелая

**После рождения новорожденного для оценки уровня гипоксии обязательным является оценка + \_\_\_\_\_ + пуповинной крови**

- умеренная
- отсутствует
- легкая
- тяжелая

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 31 года доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 28 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На повышение артериального давления до 175/110 мм рт.ст. на приеме врача акушера-гинеколога в женской консультации, головных болей не отмечает.

### **Анамнез заболевания**

С 26 лет страдает хронической артериальной гипертензией, лекарственных препаратов не принимала. АД обычно в пределах 150/110 мм рт. ст., при снижении АД менее 140/100 мм рт. ст. отмечала головные боли, ухудшение самочувствия, в то время как повышение АД более 150/110 мм рт.ст. не сопровождается изменением самочувствия, головными болями.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции отрицает;
- \* частые головные боли (купируются приемом парацетамола);
- \* ухудшение зрения (описывает как периодически возникающая "пелена перед глазами"), не обследовалась;
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает;
- \* гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 2800 граммов, 53 см, умер в течение первых суток жизни, причина не выявлена, вскрытие не проводили, послеродовый период протекал без осложнений;

II беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 3600 граммов, 53 см, здоров, послеродовый период протекал без осложнений;

III беременность – самопроизвольный выкидыш в 7 недель, без выскабливания;

IV беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 32 недели, интранатальная гибель плода, 1530 граммов, причина не выявлена, вскрытие не проводили, послеродовый период протекал без осложнений;

V беременность – индуцированные преждевременные роды в 31 недель в связи с неконтролируемой медикаментами гипертензией, ребенок 1050 граммов, умер в течение первых суток жизни;

VI беременность – индуцированные преждевременные роды в 30 недель в связи с неконтролируемой медикаментами гипертензией, интранатальная гибель плода, 1130 граммов;

VII беременность – данная, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки тяжелое. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 82, АД прав рука 210\120, левая рука 198\115. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки лица, кистей, голеней и стоп.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- умеренная
- отсутствует
- легкая
- тяжелая

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- умеренная
- отсутствует
- легкая
- тяжелая

### **Результаты инструментального метода обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является**

- умеренная
- отсутствует
- легкая
- тяжелая

### **Диагноз**

**Для назначения данной пациентке основной терапии обязательным является консультация**

- физиотерапевта
- терапевта
- хирурга
- психотерапевта

**Учитывая тяжелую преэклампсию у данной пациентки, первым по порядку действием с целью оказания помощи является**

- введение магния сульфата 25% 16 мл в/в медленно (за 10-15 минут)
- госпитализация в родильно-операционное отделение
- проведение ультразвукового и доплерометрического исследований
- забор анализов крови

**Госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- анестезиологии и реанимации
- родильное наблюдательное
- патологии беременности
- невынашивания беременности

**Для профилактики преэклампсии у данной пациентки (группа высокого риска) с 12 недель беременности было бы целесообразно назначение**

- нифедипина
- витаминов группы В
- ацетилсалициловой кислоты
- низкомолекулярных гепаринов

**Препаратом первой линии для плановой терапии артериальной гипертензии у данной пациентки является**

- фуросемид
- бисопролол
- метилдопа
- метопролол

**Препаратом для быстрого снижения уровня АД у данной пациентки в период беременности является**

- нифедипин
- фуросемид
- верапамил
- метилдопа

**При родоразрешении данной пациентки через естественные родовые пути для профилактики кровотечений возможно использовать**

- метилэргометрин
- мизопростол
- окситоцин
- карбетоцин

**У женщин с преэклампсией, при отсутствии противопоказаний к родам через естественные родовые пути, оптимальным методом обезболивания является**

- наркотический анальгетик (промедол)
- пудендальная анестезия
- эпидуральная анальгезия
- препарат опиоидного ряда

**Тактика ведения пациентов при подобной клинической ситуации заключается в**

- наркотический анальгетик (промедол)
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 28 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение родильного дома. Срок беременности 32 недели

### **Жалобы**

На подтекание околоплодных вод

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность третья, наступила самопроизвольно.

I триместр осложнился токсокозом легкой степени, принимала витамины. По данным пренатального скрининга риск хромосомной патологии плода низкий.

II триместр осложнился острым циститом; принимала витамины, фитопрепарат. По данным скрининга 2-го триместра беременности патологии плода не выявлено.

III триместр осложнился бактериальным вагинозом, проведена коррекция микрофлоры.

### **Анамнез жизни**

- Детские инфекции: ветряная оспа, краснуха;
- хронический тонзиллит;
- закрытоугольная форма глаукомы;
- бронхиальная астма с 12 лет;
- аллергоанамнез неотягощен;
- гемотрансфузии отрицает;
- вредные привычки отрицает.

Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки, кандидоз.

Акушерский анамнез:

I беременность – медикаментозный аборт в 4 недели, без осложнений;

II беременность – неразвивающаяся беременность 6-7 недель, выскабливание стенок полости матки, без осложнений;

III беременность – данная, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 84, АД прав рука 120\80, левая рука 93\65. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, соответствует сроку беременности 32-33 недели. Матка при пальпации возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка – над входом малого таза. Шевеления плода ощущает хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 125-139 уд/мин по доптону. Выделений из половых путей нет. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы и влагалище без особенностей. В зеркалах: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, не эрозирована. Выделения из половых путей жидкие.

**Для выявления подтекания околоплодных вод необходимо определение во влагалищном содержимом**

- наркотический анальгетик (промедол)
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

### **Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- наркотический анальгетик (промедол)
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**На основании полученных результатов клинико-лабораторного обследования предположительном диагнозом у данной пациентки является: Беременность 32 недели. Головное предлежание**

- наркотический анальгетик (промедол)
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

## **Диагноз**

**Тактикой ведения данной пациентки является**

- госпитализация и пролонгирование беременности
- экстренное оперативное родоразрешение
- проведение мероприятий по преиндукции родов
- амбулаторное наблюдение акушером-гинекологом

**В данной клинической ситуации для решения вопроса о возможности дальнейшего пролонгирования беременности определение содержания С-реактивного белка в крови необходимо проводить**

- 1 раз в 7 дней
- ежедневно
- через день
- 1 раз в 3 дня

**В данной клинической ситуации для определения возможности дальнейшего пролонгирования беременности определение амниотического индекса необходимо проводить**

- ежедневно
- 1 раз в 7 дней
- через день
- 1 раз в 3 дня

**Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода в данной клинической ситуации проводится**

- при уровне С-реактивного белка 3 мг/л
- при длительном безводном промежутке
- сразу после поступления в стационар
- при амниотическом индексе менее 3 см

**Предпочтительной альтернативной (ускоренной) схемой проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома плода в данной клинической ситуации является**

- бетаметазон 12 мг внутримышечно дважды с интервалом в 24 часа
- дексаметазон 4 мг внутримышечно шестикратно с интервалом в 24 часа
- триамцинолон 24 мг внутримышечно трижды с интервалом в 48 часа
- дексаметазон 6 мг внутримышечно четырехкратно с интервалом в 24 часа

**При необходимости проведения токолитической терапии у данной пациентки препаратом выбора является**

- нифедипин
- индометацин
- гексопреналин
- атозибан

**Антибактериальную терапию в данной клинической ситуации следует начать**

- после получения результатов микробиологического исследования
- при появлении клинико-лабораторных признаков хориоамнионита
- после постановки диагноза преждевременного излития околоплодных вод
- при безводном промежутке 12 ч и более (при выжидательной тактике 18 ч и более)

**Противопоказанием к выжидательной тактике при преждевременном разрыве плодных оболочек является**

- гестационная артериальная гипертензия
- угрожающие преждевременные роды
- хориоамнионит
- закрытоугольная форма глаукомы

**При преждевременном разрыве плодных оболочек и недоношенном сроке беременности с целью преиндукции родов возможно применить**

- гестационная артериальная гипертензия
- угрожающие преждевременные роды
- хориоамнионит
- закрытоугольная форма глаукомы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В 23:00 5 февраля беременная 28 лет самотеком обратилась в приемное отделение перинатального центра. Срок беременности 36 недель 1 день.

### **Жалобы**

На излитие околоплодных вод в 20:30 5 февраля, тянущие боли внизу живота.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность третья.

I беременность – неразвивающаяся в 6-7 недель, выскабливание стенок полости матки, без осложнений;

II беременность – осложнилась истмико-цервикальной недостаточностью, преждевременным излитием околоплодных вод и преждевременными родами в сроке беременности 34-35 недель, ребенок 2090 граммов, 47 см, находился в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, в настоящее время развивается соответственно возрасту;

III беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

I триместр – токсикоз легкой степени, в 6 недель угроза прерывания беременности (тянущие боли внизу живота, амбулаторное лечение препаратами прогестерона, спазмолитиками);

II триместр – в 23-24 недели жалобы на желтоватые выделения из половых путей с неприятным запахом, по данным обследования бактериальный вагиноз (лечение проведено);

III триместр – в 34-35 недель обострение хр. цистита (лечение проведено).

### **Анамнез жизни**

- Детские инфекции: ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит;

- миопия слабой степени;

- хронические соматические заболевания: пиелонефрит (последнее обострение год назад), цистит (последнее обострение в 34-35 недель данной беременности);

Гинекологические заболевания: бактериальный вагиноз 2 года назад (лечение проводилось), кандидоз, эктопия шейки матки.

Операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Гемотрансфузии отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 72, АД прав рука 115\75, левая рука 113\72. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Матка при пальпации возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка – прижата ко входу малого таза.

Шевеления плода ощущает хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 125-129 уд/мин по доплтону. Подтекают светлые околоплодные воды.

Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки по проводной оси таза, укорочена до 1,0 см, умеренно размягчена. Цервикальный

канал проходим для 2-х пальцев. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода – прижата ко входу малого таза. Мыс не достигается, экзостозов нет. Выделения – светлые воды.

**При излитии околоплодных вод в 36 недель 1 день и отсутствии регулярной родовой деятельности необходимо**

- наблюдать амбулаторно
- госпитализировать в стационар
- наблюдать в дневном стационаре
- направить в женскую консультацию

**В случае госпитализации, учитывая анамнез и клинические данные, необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- наблюдать амбулаторно
- госпитализировать в стационар
- наблюдать в дневном стационаре
- направить в женскую консультацию

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Верным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 36 нед. 1 день**

- наблюдать амбулаторно
- госпитализировать в стационар
- наблюдать в дневном стационаре
- направить в женскую консультацию

**Диагноз**

**При данной клинической ситуации необходимо госпитализировать беременную с целью**

- антибиотикотерапии
- пролонгирования беременности
- подготовки к родоразрешению
- динамического наблюдения

**Учитывая срок беременности, продолжительность безводного промежутка, проведение антибиотикопрофилактики является**

- антибиотикотерапии

- пролонгирования беременности
- подготовки к родоразрешению
- динамического наблюдения

**При данной клинической ситуации необходимым мероприятием первого этапа является**

- специальное акушерское обследование
- введение спазмолитических препаратов
- транспортировка в операционную
- вызов анестезиолога реаниматолога

**Урежение сердцебиения плода до 80-85 ударов в минуту в течение 12 минут свидетельствует о**

- брадикардии у плода
- поздней децелерации
- тахикардии у плода
- ранней децелерации

**Брадикардия по данным кариотокографии указывает на развитие у плода такого осложнения, как**

- сердечная недостаточность
- хроническая гипоксия
- острая гипоксия
- дыхательная недостаточность

**Согласно последней классификации кардиотокографических (КТГ) кривых (FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. 2015) брадикардия является критерием +\_\_\_\_\_+ КТГ**

- нормальной
- патологической
- сомнительной
- претерминальной

**При влагалищном исследовании определено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода – в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под лоном. Учитывая брадикардию, данные акушерского обследования, в экстренном порядке необходимо**

- родоразрешить путем наложения полостных акушерских щипцов

- родоразрешить путем кесарева сечения
- определить лактат крови из предлежащей головки плода
- родоразрешить путем вакуум-экстракции плода

**Цифровая градуировка на тросике современных вакуум-экстракторов позволяет**

- выявить асинклитическое вставление головки плода
- определить количество тракций необходимых для рождения плода
- установить чашечку вакуум-экстрактора на проводную точку
- выбрать правильное направление тракций во время потуги

**Анестезиологическое пособие при родоразрешении путем вакуум-экстракции плода является**

- выявить асинклитическое вставление головки плода
- определить количество тракций необходимых для рождения плода
- установить чашечку вакуум-экстрактора на проводную точку
- выбрать правильное направление тракций во время потуги

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первородящая 34 лет в 9:30 доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение перинатального центра. Срок беременности 39 недель.

### **Жалобы**

На регулярные схватки с 7:00, излитие околоплодных вод в 7:40.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, наступила с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

I беременность – правосторонняя внематочная беременность, произведена лапароскопия, тубэктомия справа, без осложнений;

II беременность – левосторонняя внематочная беременность, произведена лапароскопия, тубэктомия слева, без осложнений;

III беременность – данная.

Течение беременности:

I триместр – в 6 недель угрожающий выкидыш, стационарное лечение по месту жительства, подъемы АД до 140/90 мм рт.ст. (антигипертензивная терапия);

II триместр – в 25 недель ангина, антибиотикотерапия 5 дней, антигипертензивная терапия;

III триместр – отеки беременных, подъемы АД до 145/95 мм рт.ст. на фоне антигипертензивной терапии.

### **Анамнез жизни**

- Детские инфекции: ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз;
- хроническая артериальная гипертензия (получала лечение);
- респираторные заболевания.

Гинекологические заболевания: кандидоз, внематочная беременность дважды (тубэктомии), вторичное бесплодие.

Операций: в 12 лет лапаротомия, аппендэктомия.

Аллергоанамнез не отягощен.

Гемотрансфузии отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 80 ударов в минуту, АД прав рука 142\92 мм рт.ст., левая рука 145\94 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Схватки по 30-35 секунд, через 4 минуты, умеренной силы и болезненности. Матка между схватками расслабляется, безболезненная. Положение плода продольное, предлежит головка – прижата ко входу малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132-136 уд/мин по доптону. Подтекают светлые околоплодные воды. Физиологические отправления в норме. Отеки кистей, голеней и стоп.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки сглажена, края средней толщины, умеренно податливые. Открытие маточного зева 3 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода – прижата ко входу малого таза. Мыс не достигается, экзостозов нет. Выделения – светлые воды.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при госпитализации данной пациентки являются**

- выявить асинклитическое вставление головки плода
- определить количество тракций необходимых для рождения плода
- установить чашечку вакуум-экстрактора на проводную точку
- выбрать правильное направление тракций во время потуги

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Принимая внимание анамнез, объективный статус, результаты обследования, следует предположить, что беременность у данной пациентки осложнилась таким заболеванием, как**

- тяжелая преэклампсия
- гестационная артериальная гипертензия
- хроническая артериальная гипертензия
- умеренная преэклампсия

**Исходя из жалоб женщин при поступлении в стационар, данных осмотра, наиболее верным диагнозом является: Беременность 39 недель**

- тяжелая преэклампсия
- гестационная артериальная гипертензия
- хроническая артериальная гипертензия
- умеренная преэклампсия

## **Диагноз**

### **Данные кардиотокографии**

**Во втором периоде родов по данным кардиотокографии плода регистрируются децелерации, которые характеризуются как**

- ранние
- поздние
- переменные
- пролонгированные

**Представленные децелерации появляются в результате**

- сдавления головки плода
- сдавления сосудов пуповины
- ухудшения маточно-плацентарного обмена
- снижения доставки кислорода от плаценты к плоду

**Повторные поздние децелерации свидетельствуют о развитии**

- сдавления головки плода
- сдавления сосудов пуповины
- ухудшения маточно-плацентарного обмена
- снижения доставки кислорода от плаценты к плоду

**Учитывая данные кардиомониторного контроля, осмотра, необходимо**

- наблюдать под кардиомониторным контролем

- родоразрешить путем кесарева сечения
- определить лактат крови из предлежащей головки плода
- родоразрешить путем вакуум-экстракции плода

**У данной пациентки для родоразрешения путем вакуум-экстракции плода использован многоразовый вакуум-экстрактор, который назван в честь изобретателя по имени**

- Д. Симпсон
- Т. Мальмстрем
- Н. Арнотт
- Д. Берд

**Анестезиологическое пособие при родоразрешении данной пациентки является**

- нежелательным
- обязательным
- предпочтительным
- противопоказанным

**Помимо острой гипоксии плода показанием для использования вакуум-экстрактора может являться**

- необходимость исправления положения головки перед акушерскими щипцами
- хроническая гипоксия плода
- необходимость усиления маточных сокращений в первом периоде родов
- слабость родовой деятельности

**Разряжение в системе вакуум-экстрактора, которое необходимо создать для проведения вакуум-экстракции плода, составляет (мм рт.ст.)**

- 500-600
- 300-400
- 700-800
- 100-200

**Противопоказанием к использованию вакуум-экстрактора является**

- 500-600
- 300-400
- 700-800
- 100-200

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение родильного дома самотеком обратилась повторнородящая в первом периоде родов. Срок беременности 39 недель.

### Жалобы

На регулярные схватки по 35-40 секунд, через 3 мин

### Анамнез заболевания

Данная беременность вторая, наступила самопроизвольно.

I беременность – своевременные самопроизвольные роды в головном предлежании, мальчик, 3200 граммов, 51 см;

II беременность – данная.

Течение беременности:

I триместр – в 9-10 недель ринит без повышения температуры тела;

II триместр – без осложнений;

III триместр – без осложнений.

### Анамнез жизни

- Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа;
- Хронические соматические заболевания: цистит, мочекаменная болезнь;
- Респираторные заболевания.
- Гинекологические заболевания: отрицает.
- Операций: не было.
- Аллергоанамнез: аллергия на пенициллины (крапивница).
- Гемотрансфузии: отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 72 удара в минуту, АД 119\80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Схватки по 35-40 секунд, через 3 минуты, умеренной силы и болезненности. Матка между схватками расслабляется, безболезненная. Положение плода продольное, предлежит головка – прижата ко входу малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 129-134 уд/мин по Доптону. Околоплодные воды не подтекают. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

\*Влагалищное исследование:\*

Наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки сглажена, края тонкие, умеренно податливые. Открытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел, вскрылся при исследовании, излились светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода – прижата ко входу малого таза.

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди слева. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Выделения - светлые воды.

**Необходимыми лабораторными методами обследования при госпитализации данной пациентки являются**

- 500-600
- 300-400
- 700-800
- 100-200

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Наиболее верным диагнозом является: Беременность 39 недель**

- 500-600
- 300-400
- 700-800
- 100-200

**Диагноз**

**В течение последующих 40 минут по данным кардиотокографии плода регистрируются децелерации, которые характеризуются как**

- пролонгированные
- ранние
- поздние
- переменные

**Представленные децелерации появляются в результате**

- сдавления сосудов пуповины
- снижения доставки кислорода от плаценты к плоду
- сдавления головки плода
- ухудшения маточно-плацентарного обмена

**Согласно классификации кардиотокографических (КТГ) кривых данные изменения являются критерием КТГ**

- претерминальной
- нормальной
- патологической
- сомнительной

### **Дальнейшей тактикой ведения родов является**

- претерминальной
- нормальной
- патологической
- сомнительной

### **Влагалищное исследование**

При влагалищном исследовании определено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода – в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под лоном.

**Учитывая данные влагалищного исследования, показания к экстренному родоразрешению, необходимо родоразрешить путем**

- вакуум-экстракции плода
- кесарева сечения
- полостных акушерских щипцов
- экстракции за тазовый конец

**Продолжительность операции вакуум-экстракции плода при данной клинической ситуации не должна превышать (минут)**

- 20
- 5
- 15
- 10

**Учитывая передний вид затылочного предлежания и головку плода, расположенную в плоскости выхода малого таза, тракции должны осуществляться в направлении**

- книзу-кзади
- кзади-книзу
- кпереди-кзади
- книзу-кпереди

**При вакуум-экстракции плода после рождения головки необходимо**

- применить прием Rubin
- произвести эпизиотомию
- удалить чашечку
- продолжать тракции

**Допустимым количеством соскальзывания чашки вакуум-экстрактора является(ются)**

- четыре
- одно
- два
- три

**Прекратить родоразрешение путем вакуум-экстракции плода необходимо, если**

- четыре
- одно
- два
- три

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 35 лет госпитализирована в перинатальный центр в плановом порядке для подготовки к родоразрешению. Срок беременности 40 недель 4 дня.

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

I триместр – в 5-6 недель угрожающий выкидыш, стационарное лечение;

II триместр – без осложнений;

III триместр – без осложнений.

### **Анамнез жизни**

- Детские инфекции: краснуха, корь, эпидемический паротит;

- хронические соматические заболевания: тонзиллит, ринит;

- респираторные заболевания.

Гинекологические заболевания: миома матки небольших размеров.

Операций: не было.

Аллергоанамнез: пищевая аллергия (цитрусовые).

Гемотрансфузии: отрицает.

## **Объективный статус**

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 72 удара в минуту, АД 119\80 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, соответствует 40 неделям беременности. Матка при пальпации в нормотонусе, не возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка – над входом малого таза. Шевеления плода ощущает хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 129-134 уд/мин по доптону. Околоплодные воды явно не подтекают. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки отклонена кзади, длиной 3,0-3,5 см, плотная. Цервикальный канал проходим для 1-го пальца. Определяются плодные оболочки. Предлежит головка плода – над входом малого таза. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Отмечаются жидкие выделения из половых путей в небольшом количестве. Проведен тест на подтекание околоплодных вод – положительный.

**Необходимыми лабораторными методами обследования при госпитализации данной пациентки в стационар являются**

- четыре
- одно
- два
- три

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Наиболее верным диагнозом при данной клинической картине является:  
Беременность 40 недель 4 дня. Головное предлежание**

- четыре
- одно
- два
- три

**Диагноз**

**Для определения тактики ведения данной пациентки необходимо**

- оценить степень зрелости шейки матки по шкале Бишоп
- провести доплерометрическое исследование кровотока

- повторно провести тест на подтекание околоплодных вод
- оценить характер околоплодных вод через 6 часов

**Дальнейшей тактикой ведения пациентки является**

- пролонгирование беременности
- экстренное родоразрешение
- индукция родов
- преиндукция родов

**Преиндукцию родов наиболее целесообразно начать с**

- пролонгирование беременности
- экстренное родоразрешение
- индукция родов
- преиндукция родов

**Учитывая вторичную слабость родовой деятельности, не поддающуюся медикаментозной терапии, данные влагалищного исследования, необходимо**

- продолжить родостимуляцию окситоцином 10 ЕД в/в
- родоразрешить при помощи выходных акушерских щипцов
- родоразрешить путем вакуум-экстракции плода
- произвести экстренное кесарево сечение

**Продолжительность операции вакуум-экстракции плода не должна превышать (минут)**

- 20
- 10
- 5
- 15

**Учитывая передний вид затылочного предлежания и головку плода, расположенную в узкой части малого таза, тракции должны осуществляться в направлении**

- кзади-книзу-кпереди
- кпереди-кзади-книзу
- кзади-книзу-кзади
- книзу-кзади-кпереди

**Задачей «тянущей руки» при проведении тракций у данной пациентки является**

- совершение тракций вне потуги
- оценка поступательного движения головки
- предотвращение соскальзывания чашечки
- соблюдение направления тракций

**Для успешного проведения операции вакуум-экстракции плода в данной клинической ситуации чашечка должна располагаться**

- на большом родничке
- на малом родничке
- в области ламбдовидного шва
- в области проводной точки

**Прекратить родоразрешение путем вакуум-экстракции плода необходимо, если**

- при 2 тракциях нет поступательного движения
- не произошло родоразрешение за одну потугу
- произошло однократное соскальзывание чашки
- прекратило выслушиваться сердцебиение плода

**Операция вакуум-экстракции может осложниться образованием у плода**

- при 2 тракциях нет поступательного движения
- не произошло родоразрешение за одну потугу
- произошло однократное соскальзывание чашки
- прекратило выслушиваться сердцебиение плода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первородящая 22 лет доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи. Срок беременности 39 недель 3 дня

### **Жалобы**

На регулярные схватки по 35-40 секунд, через 3 минуты, умеренной силы и болезненности

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

I триместр – без осложнений;

II триместр – в 25-26 недель фарингит, местное лечение;

III триместр – отеки беременных.

### **Анамнез жизни**

- Детские инфекции: ветряная оспа;

- хронические соматические заболевания: тонзиллит, цистит;

- миопия средней степени, пролапс митрального клапана.

Гинекологические заболевания: аднексит 2 года назад (консервативное лечение).

Операций: не было.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Гемотрансфузии: отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 80 ударов в минуту, АД 122\80 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные.

Схватки по 35-40 секунд, через 3 минуты, умеренной силы и болезненности.

Матка вне схватки расслабляется, безболезненная. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132-137 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды.

Физиологические отправления в норме. Отеки голеней и стоп.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода – в широкой части малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок спереди слева. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Выделения – светлые воды.

### **Необходимыми лабораторными методами обследования при госпитализации данной пациентки в стационар являются**

- при 2 тракциях нет поступательного движения
- не произошло родоразрешение за одну потугу
- произошло однократное соскальзывание чашки
- прекратило выслушиваться сердцебиение плода

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Наиболее верным диагнозом при данной клинической картине является**

- при 2 тракциях нет поступательного движения
- не произошло родоразрешение за одну потугу
- произошло однократное соскальзывание чашки
- прекратило выслушиваться сердцебиение плода

## **Диагноз**

**При данной клинической ситуации необходимо приступить к**

- при 2 тракциях нет поступательного движения
- не произошло родоразрешение за одну потугу
- произошло однократное соскальзывание чашки
- прекратило выслушиваться сердцебиение плода

**На основании данных влагалищного исследования предлежание плода определяется как**

- задний вид лобного
- задний вид переднеголового
- задний вид затылочного
- передний вид затылочного

**При данной клинической ситуации необходимо**

- продолжить родостимуляцию окситоцином 10 ЕД в/в
- родоразрешить путем вакуум-экстракции плода
- родоразрешить при помощи выходных акушерских щипцов
- произвести экстренное кесарево сечение

**Учитывая задний вид затылочного предлежания и головку плода, расположенную в узкой части малого таза, тракции должны осуществляться в направлении**

- книзу-кзади-книзу-кпереди
- кзади-книзу-кзади-кпереди
- кзади-книзу-кпереди-кзади
- кпереди-кзади-книзу-кпереди

**Задачей «тянущей руки» при проведении тракций в данной клинической ситуации является**

- совершение тракций вне потуги
- предотвращение соскальзывания чашечки
- оценка поступательного движения головки

- совершение тракций в момент потуги

**Направления тракций у при данной клинической ситуации обозначаются относительно**

- расположения головки плода
- лежащей женщины
- стоящей женщины
- местоположения врача

**Для успешного проведения операции вакуум-экстракции плода чашечка должна располагаться**

- на малом родничке
- на большом родничке
- в области проводной точки
- в области венечного шва

**При вакуум-экстракции плода после рождения головки необходимо**

- применить прием Rubin
- произвести эпизиотомию
- удалить чашечку
- продолжать тракции

**Допустимым количеством соскальзывания чашки вакуум-экстрактора является(ются)**

- два
- четыре
- три
- пять

**Если при проведении операции вакуум-экстракции плода произошло соскальзывание чашки 2 раза, то необходимо**

- два
- четыре
- три
- пять

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Бригадой скорой медицинской помощи доставлена пациентка 24 лет в приемное отделение многопрофильного стационара.

## **Жалобы**

На слабость, головокружение, боли в нижних отделах живота, возникшие на фоне задержки менструации.

## **Анамнез заболевания**

Пациентка в течение 2 недель отмечает задержку менструации. Внезапно на фоне полного покоя возникли резкие боли в нижних отделах живота, больше справа, иррадиирующие в прямую кишку и правую надключичную область, в связи с чем вызвала бригаду скорой медицинской помощи. Муж пациентки сообщил, что у пациентки отмечалась кратковременная потеря сознания при попытке встать с постели.

Мочевой экспресс-тест на беременность 2 дня назад – слабоположительный. К врачу не обращалась, чувствовала себя удовлетворительно. Заинтересована в наступлении беременности. Планировала повторное проведение мочевого теста через несколько дней.

## **Анамнез жизни**

По росту и развитию не отставала от сверстников. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции (ветряную оспу, краснуху) и хронический пиелонефрит с периодическими обострениями с частотой примерно 1 раз в год.

Менструации с 13 лет, регулярные, по 5 дней через 28-29 дней, умеренные, болезненные в первые 2 дня.

Беременность в анамнезе была одна, пять лет назад, завершилась посредством медикаментозного аборта на раннем сроке. В связи с наличием остатков плодного яйца после аборта по результатам УЗИ, проведенного через несколько дней, проводилась вакуум-аспирация содержимого полости матки. Три года назад пациентка перенесла острый сальпингоофорит, осложнившийся пельвиоперитонитом (проводилось консервативное лечение в условиях стационара), после которого беременность не наступала при наличии регулярной половой жизни без контрацепции.

## **Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык сухой. Пульс 120 ударов в минуту. АД 60/40 мм рт. ст. Температура тела 36,8<sup>0</sup>С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот вздут, резко болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины

положительные. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча концентрированная. Стул был утром, оформленный, обычного цвета. Per vaginum: влагалищная часть шейки матки цианотичная, задний свод влагалища нависает, резко болезненный при пальпации, оценить состояние матки и придатков не представляется возможным из-за выраженной болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Выделения из половых путей слизистые.

**На основании жалоб, а также данных анамнеза и осмотра пациентки в качестве основного диагноза с большой вероятностью следует предположить**

- два
- четыре
- три
- пять

### **Диагноз**

**Учитывая тяжелое состояние пациентки, обусловленное наличием геморрагического шока, врачу скорой медицинской помощи следует госпитализировать ее в**

- дневной стационар женской консультации
- ближайшее хирургическое отделение
- гинекологическое отделение многопрофильной больницы
- родильный дом при многопрофильной больнице

**Оптимальной тактикой врача приемного отделения стационара является транспортировка данной пациентки в**

- отделение реанимации и интенсивной терапии
- гинекологическое отделение
- отделение патологии беременности
- операционный блок

**Оптимальная тактика врача в отношении данной пациентки заключается в проведении**

- динамического наблюдения с оценкой концентрации  $\beta$ -чХГ сыворотки крови каждые 48-72 ч
- гемостатической терапии препаратами транексамовой кислоты
- консервативного лечения метотрексатом
- хирургического лечения

**В случае выполнения хирургического вмешательства данной пациентке, учитывая наличие у нее геморрагического шока, наиболее целесообразным вариантом доступа является**

- гистероскопия
- лапаротомия
- инвазивная минископия
- лапароскопия

**При наличии здоровой контрлатеральной маточной трубы данной пациентке необходимо выполнить**

- сальпингэктомию
- линейную сальпинготомию
- иссечение пораженного участка маточной трубы с наложением анастомоза
- резекцию маточной трубы в пределах здоровых тканей

**Первоочередной задачей в рамках лечения геморрагического шока у данной пациентки является**

- восполнение объема циркулирующей крови
- нормализация артериального давления
- остановка кровотечения
- проведение адекватного обезболивания

**При оценке параметров системы гемостаза у данной пациентки в пользу проведения заместительной терапии компонентами крови будет свидетельствовать снижение количества тромбоцитов менее  $50 \times 10^9/\text{л}$  и концентрации гемоглобина менее  $+ \_\_\_\_ + \text{г/л}$**

- восполнение объема циркулирующей крови
- нормализация артериального давления
- остановка кровотечения
- проведение адекватного обезболивания

**Дополнительная информация**

Уровень гемоглобина 62 г/л

**С целью лабораторного подтверждения диагноза внематочной беременности у данной пациентки в сыворотке крови следует определить концентрацию**

- восполнение объема циркулирующей крови
- нормализация артериального давления
- остановка кровотечения

- проведение адекватного обезболивания

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**К ультразвуковым признакам, указывающим на наличие внематочной беременности у данной пациентки, относятся отсутствие визуализации плодного яйца в полости матки, скопление жидкости в позадматочном пространстве и**

- восполнение объема циркулирующей крови
- нормализация артериального давления
- остановка кровотечения
- проведение адекватного обезболивания

### **Дополнительная информация - Гравидарная гиперплазия эндометрия**

Тело матки расположено в anteflexio, контуры ровные, четкие. Размеры матки: длина 58 мм, передне-задний размер 49 мм, ширина 54 мм. Миометрий однородный. Полость матки не расширена. Эндометрий однородный. М-эхо 18 мм (гравидарная гиперплазия). В полости матки плодное яйцо не визуализируется. Шейка матки: длина 32 мм, структура без особенностей, цервикальный канал диаметром 1,5 мм. Правый яичник не увеличен, в нем обнаружено желтое тело диаметром до 17 мм. Левый яичник не увеличен. В позадматочном пространстве визуализируется свободная жидкость в большом количестве.

**\*Заключение\*:** нельзя исключить нарушенную эктопическую беременность.

**К факторам риска развития внематочной беременности у данной пациентки относится бесплодие в течение 3 лет регулярной половой жизни без контрацепции, а также**

- хронический пиелонефрит в анамнезе
- медикаментозное прерывание беременности 5 лет назад
- перенесенные детские инфекции (краснуха, ветряная оспа)
- острый сальпингоофорит в анамнезе

**Противопоказанием к лечению данной пациентки метотрексатом является**

- хронический пиелонефрит в анамнезе
- медикаментозное прерывание беременности 5 лет назад
- перенесенные детские инфекции (краснуха, ветряная оспа)
- острый сальпингоофорит в анамнезе

## **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

К врачу женской консультации обратилась пациентка 30 лет в сроке беременности 34-35 недель

## **Жалобы**

Жалобы на повышение АД до 150/90 мм.рт.ст. со вчерашнего дня (давление измерял муж в домашних условиях автоматическим тонометром)

## **Анамнез заболевания**

- \* На учете в ЖК с 12 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.
- \* До беременности давление не поднималось.
- \* Врача ЖК посещает регулярно с периодичностью 1 раз в месяц
- \* Объективный статус и клинико-лабораторное обследование (общеклинический анализ крови, общий анализ мочи) в пределах нормы.

## **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность не отягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.
- \* Гемотрансфузии: отрицает.
- \* Менструации с 12 лет, установились через 1,5 года по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, болезненные.
- \* Половая жизнь с 20 лет, в браке.
- \* Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки, не лечила
- \* У пациентки 11 беременность: 1-я беременность 2 года назад, неразвивающаяся. 2-я беременность данная, наступила самопроизвольно
- \* Беременность протекала: 1 триместр: без осложнений. 2 триместр: прибавка в весе 14 кг. 3 триместр: повышение АД до 150/90 мм.рт.ст.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 75 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/95 мм рт. ст. на правой руке, 145/90 мм рт. ст. на левой руке.

Пульс 82 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации

безболезненный во всех отделах.

Высота стояния дна матки над лоном 35-36 см.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеки нижних конечностей.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный. Размеры таза: 27x29x33x22

Ромб Михаэлиса 11x11 см,

индекс Соловьёва 1.4

Окружность живота - 98 см

ВДМ – 34 см.

Влагалищное исследование.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. шейка матки отклонена кзади, длиной 2.0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз.

Мыс не достижим, экзостозов нет. Выделения из половых путей светлые

**На основании жалоб, анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров можно предположить у пациентки диагноз: Беременность 34-35 недель.**

**Головное предлежание**

- хронический пиелонефрит в анамнезе
- медикаментозное прерывание беременности 5 лет назад
- перенесенные детские инфекции (краснуха, ветряная оспа)
- острый сальпингоофорит в анамнезе

**Диагноз**

**Критерием для постановки диагноза артериальной гипертензии у беременной является**

- САД = 125 мм.рт.ст. и/или ДАД = 75 мм.рт.ст
- САД = 130 мм.рт.ст. и/или ДАД = 80 мм.рт.ст
- САД = 120 мм.рт.ст. и/или ДАД = 70 мм.рт.ст
- САД = 140 мм.рт.ст. и/или ДАД = 90 мм.рт.ст

**Вы провели измерение артериального давления, посадив пациентку в удобной позе на стул, после 5 минут отдыха и**

- попросив пациентку задержать дыхание на время нагнетения воздуха в манжетку
- расположив нижний край манжеты на 2 см ниже локтевого сгиба

- попросили пациентку глубоко дышать во время нагнетения воздуха в манжетку
- расположив нижний край манжеты на 2 см выше локтевого сгиба

**Учитывая полученные при измерении цифры АД 150/95 мм.рт.ст., Вы должны разъяснить пациентке, что повторно проведете ей измерение АД через**

- 24 часа, после соблюдения бессолевой диеты в течение суток
- 24 часа, после соблюдения постельного режима дома
- 15 минут от первого измерения на настоящем приеме
- через неделю, с дневником данных АД в домашних условиях

**В этот же день по направлению врача женской консультации пациентка в удовлетворительном состоянии с АД 150/95 мм.рт.ст. поступила в ОПБ акушерского стационара, где для уточнения диагноза ей назначили**

- 24 часа, после соблюдения бессолевой диеты в течение суток
- 24 часа, после соблюдения постельного режима дома
- 15 минут от первого измерения на настоящем приеме
- через неделю, с дневником данных АД в домашних условиях

**Результаты обследования**

**Суточная протеинурия 0,03 г/л, выявленная у пациентки по результатам анализа, относится к**

- норме во время беременности
- диагностическому критерию преэклампсии
- выраженной протеинурии во время беременности
- показанию для экстренного родоразрешения

**Возможной причиной получения результата 0,03 г/л у пациентки может быть**

- прием более 1 литра жидкости в день сбора мочи
- использование нестерильной емкости для сбора мочи
- прием поливитаминов для беременных
- инфекция мочевыделительной системы

**Пациентку, поступившую в стационар в сроке беременности 34-35 недель и головным предлежанием плода, для верификации диагноза нужно проконсультировать у терапевта и назначить ей антигипертензивный препарат**

- нифедипин

- магнелис В6
- нитроглицерин
- празозин

**Данный антигипертензивный препарат может быть использован для удержания уровня давления**

- систолического от 110 до 120 мм рт. ст. и диастолического 80-90 мм рт.ст
- систолического от 130 до 150 мм рт. ст. и диастолического 80-105 мм рт.ст
- систолического от 140 до 160 мм рт. ст. и диастолического 90-100 мм рт.ст
- систолического от 140 до 160 мм рт. ст. и диастолического 100-115 мм рт. ст

**Необходимо назначить пациентке Нифедипин в минимальной суточной дозе, которая составляет + \_\_\_\_\_ + мг в два приема**

- 40
- 20
- 10
- 120

**В сроке 39 недель пациентка поступила в родильное отделение для родоразрешения, контроль артериального давления в родах должен проводиться**

- при появлении жалоб на головную боль
- не реже 1 раза в час
- не реже 1 раза в 3 часа
- не реже 2 раз за роды

**Максимальная суточная доза назначенного Нифедипина у беременных не должна превышать + \_\_\_\_\_ + мг в сутки**

- при появлении жалоб на головную боль
- не реже 1 раза в час
- не реже 1 раза в 3 часа
- не реже 2 раз за роды

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась беременная 38 лет по направлению врача женской консультации, срок беременности 30-31 неделя

## **Жалобы**

\* Жалобы на повышение АД до 150/90 мм.рт.ст., нарастающие отеки голеней и стоп за последнюю неделю

## **Анамнез заболевания**

\* На учете в ЖК с 12 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.

\* За последние 2 недели 4 раза отметила эпизоды повышения АД до 150/90 мм.рт.ст. в состоянии покоя (измеряла в домашних условиях автоматическим тонометром). До беременности давление не поднималось.

\* Врача ЖК посещает регулярно

\* Объективный статус и клинико-лабораторное обследование (общеклинический анализ крови, общий анализ мочи) в пределах нормы.

## **Анамнез жизни**

\* Аллергоанамнез: отрицает.

\* Наследственность неотягощена.

\* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

\* Оперативные вмешательства: отрицает.

\* Гемотрансфузии: отрицает.

\* Менструации с 12 лет, установились через 1,5 года по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, болезненные. Половая жизнь с 17 лет, в браке.

\* Гинекологический анамнез: без особенностей

\* У пациентки I1 беременность, 1 предстоящие роды: 1-я беременность 10 лет назад, медикаментозный аборт, без осложнений, 2-я данная, наступила самопроизвольно

\* Беременность протекала: 1 триместр: без осложнений, получала поливитамины, +

2 триместр: прибавка в весе 15 кг +

3 триместр: несколько эпизодов повышения АД, нарастание отеков голеней и стоп

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 79 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/95 мм рт. ст. на правой руке, 145/90 мм рт. ст. на левой руке.

Пульс 82 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Высота стояния дна матки над лоном 31 см.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеки нижних конечностей.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный.

Размеры таза: 26x30x33x22

Ромб Михаэлиса 10x10 см,

индекс Соловьёва 1.3

Окружность живота - 96 см

ВДМ – 30 см.

Влагалищное исследование.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки отклонена кзади, длиной 2.0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз. Мыс недоступим, экзостозов нет. Выделения из половых путей светлые.

**На основании жалоб, анамнеза, данных наружного и внутреннего осмотров можно предположить у пациентки диагноз: Беременность 30- 31 неделя.**

**Головное предлежание**

- при появлении жалоб на головную боль
- не реже 1 раза в час
- не реже 1 раза в 3 часа
- не реже 2 раз за роды

**Диагноз**

**Пациентке следует проводить измерение артериального давления в удобной позе на стуле, расположив нижний край манжеты на 2 см выше локтевого сгиба, и**

- после физической нагрузки
- попросили пациентку глубоко дышать во время нагнетения воздуха в манжетку
- после 5 минут отдыха
- попросив пациентку задержать дыхание на время нагнетения воздуха в манжетку

**При первом измерении Вы получили цифры 140/95 мм.рт.ст., повторное измерение артериального давления вы проведете**

- через 15 минут от первого измерения
- после прогулки на свежем воздухе
- через неделю, на следующем приеме
- через 24 часа, после соблюдения диеты

**Прямо с приема пациентка госпитализирована в ОПБ акушерского стационара, где для уточнения диагноза ей назначили**

- через 15 минут от первого измерения
- после прогулки на свежем воздухе
- через неделю, на следующем приеме
- через 24 часа, после соблюдения диеты

**Результаты обследования**

**Белок в суточной пробе мочи 0,01 г/л, что относится к**

- выраженной протеинурии
- норме во время беременности
- показанию для экстренного родоразрешения
- диагностическому критерию преэклампсии

**С целью оценки истинной протеинурии Вы, как лечащий врач, должны исключить у данной пациентки**

- прием более 1 литра жидкости в день сбора мочи
- инфекции мочевыделительной системы
- прием всех лекарственных препаратов в день сбора мочи
- использование нестерильной емкости для сбора мочи

**Вы решаете назначить пациентке антигипертензивный препарат**

- магнелис В6
- клексан
- допегит
- аспирин

**Использование данного гипертензивного препарата предполагает удержание уровня давления**

- систолического от 110 до 120 мм рт. ст. и диастолического 80-105 мм рт. ст

- систолического от 130 до 150 мм рт. ст. и диастолического 80-105 мм рт. ст
- систолического от 160 мм рт. ст. и диастолического 90-100 мм рт. ст
- систолического от 130 до 150 мм рт. ст. и диастолического 100-115 мм рт. ст

**Средняя суточная дозировка Допегита, назначенная пациентке, составляет + \_\_\_\_\_ + мг**

- 4000
- 100
- 1000
- 10

**В сроке 40 недель пациентка поступила в родильное отделение для родоразрешения, контроль артериального давления в родах должен проводиться**

- не реже 1 раза в 3 часа
- при появлении жалоб на головную боль
- не реже 1 раза в час
- не реже 2 раз за роды

**Для постановки диагноза артериальной гипертензии, САД и ДАД должны быть в диапазоне**

- САД  $\geq$  125 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  75 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  130 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  80 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  140 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  90 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  120 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  70 мм.рт.ст

**Допегит - антигипертензивный препарат центрального действия, относится к группе**

- САД  $\geq$  125 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  75 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  130 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  80 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  140 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  90 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  120 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  70 мм.рт.ст

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

На прием в женскую консультацию обратилась пациентка 33 лет со сроком беременности 32-33 недели

### **Жалобы**

\* Жалобы на повышение АД до 145/80 мм.рт.ст. последнюю неделю в состоянии покоя по данным автоматического тонометра

### **Анамнез заболевания**

\* На учете в ЖК с 8 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.

\* С 15 недель беременности отмечает периодическое повышение артериального давления до 145/80 мм.рт.ст., назначенную терапию (Нифедипин 30мг в сутки) принимала в течение 3-х недель, далее отменила самостоятельно, так как «давление перестало подниматься» (со слов пациентки). Последнюю неделю на фоне головной боли, решила измерить АД, с тех пор каждый вечер отмечает повышение АД. Решила обратиться к врачу.

\* Врача ЖК посещает регулярно с различной периодичностью

\* Объективный статус и клинико-лабораторное обследование (общеклинический анализ крови, общий анализ мочи) в пределах нормы.

### **Анамнез жизни**

\* Аллергоанамнез: отрицает.

\* Наследственность неотягощена.

\* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

\* Оперативные вмешательства: отрицает.

\* Гемотрансфузии: отрицает.

\* Менструации с 12 лет, установились через 1,5 года по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, болезненные.

\* Гинекологический анамнез, гинекологические заболевания отрицает

\* Половая жизнь с 15 лет, в браке.

\* У пациентки I беременность, 1 предстоящие роды

\* Беременность протекала: 1 триместр: без осложнений. +

2 триместр: повышение АД с 15 недель беременности (Нифедипин 30мг в течение 3-х недель) +

3 триместр: последнюю неделю повышение АД до 145/80 мм рт ст

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, масса тела 65 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм рт. ст. на правой руке, 135/80 мм рт. ст. на левой руке.

Пульс 82 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Высота стояния дна матки над лоном 33 см.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеков нет.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный.

Размеры таза: 25x27x30x20

Ромб Михаэлиса 9x11 0 см,

индекс Соловьёва 1.3

Окружность живота - 95 см

ВДМ – 32 см.

Влагалищное исследование.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. шейка матки отклонена кзади, длиной 2.0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз.

Мыс недостижим, экзостозов нет. Выделения из половых путей светлые.

**На основании жалоб, анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров можно предположить у пациентки диагноз: Беременность 32-33 недели.**

**Головное предлежание**

- САД  $\geq$  125 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  75 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  130 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  80 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  140 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  90 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  120 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  70 мм.рт.ст

**Диагноз**

**Измерение артериального давления у пациентки следует проводить, посадив ее на стул в удобной позе, после 5 минут отдыха и**

- расположив нижний край манжеты на 2 см ниже локтевого сгиба
- расположив нижний край манжеты на 2 см выше локтевого сгиба
- попросив пациентку задержать дыхание на время нагнетания воздуха в манжетку

- попросив пациентку глубоко дышать во время нагнетания воздуха в манжетку

**При измерении давления зафиксировали цифры АД 140/90 и 135/80 мм.рт.ст., повторное измерение можно провести**

- через 24 часа постельного режима
- через неделю, на следующем приеме
- через 15 минут от первого измерения
- через 24 часа, после соблюдения диеты

**Пациентку госпитализировали по направлению врача ЖК. При поступлении в стационар у нее фиксируется АД 140/90 мм.рт.ст. Для уточнения диагноза ей следует назначить**

- через 24 часа постельного режима
- через неделю, на следующем приеме
- через 15 минут от первого измерения
- через 24 часа, после соблюдения диеты

#### **Результаты обследования**

**Результат суточной протеинурии 0,02 г/л. Такой результат относится к**

- диагностическому критерию преэклампсии
- норме во время беременности
- показанию для экстренного родоразрешения
- выраженной протеинурии во время беременности

**Для оценки истинной протеинурии нужно исключить у данной пациентки**

- прием лекарств в день сбора мочи
- инфекции мочевыделительной системы
- использование нестерильной емкости для сбора мочи
- прием более 1 литра жидкости в день сбора мочи

**Пациентка уже ранее использовала Нифедипин и хорошо его переносила, поэтому можно назначить его в качестве терапии. Этот препарат относится к группе**

- блокаторов кальциевых каналов
- сосудосуживающих препаратов
- в2- адреномиметиков
- антибактериальных препаратов

Прием Нифедипина следует назначить в средней суточной дозе + \_\_\_\_\_ + мг в два приема

- 40
- 10
- 120
- 100

Для безопасности применения препарата, нужно предупредить пациентку, что максимальная суточная доза назначенного ей препарата, не должна превышать + \_\_\_\_\_ + мг в сутки

- 120
- 160
- 150
- 180

Через два месяца, в сроке беременности 40 недель, пациентка поступила в родильное отделение со схватками регулярного характера. Контроль АД в родах будет проводиться

- при появлении жалоб на головную боль
- не реже 1 раза в 3 часа
- не реже 2 раз за роды
- не реже 1 раза в час

Для установления диагноза артериальной гипертензии у беременных должны быть зафиксированы цифры артериального давления

- САД  $\geq$  120 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  70 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  130 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  80 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  125 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  75 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  140 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  90 мм.рт.ст

Препарат Нифедипин, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов, может быть использован для удержания уровня давления

- САД  $\geq$  120 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  70 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  130 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  80 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  125 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  75 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  140 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  90 мм.рт.ст

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

На прием в женскую консультацию обратилась беременная 42 лет со сроком беременности 34-35 недель

## **Жалобы**

\* Жалобы на повышение АД до 145/80 мм.рт.ст. последние 3-4 дня

## **Анамнез заболевания**

\* На учете в ЖК с 9 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.

\* Последние 3-4 дня стала замечать головную боль, муж измерил давление 140/90 и 145/90 мм.рт.ст. Терапию не получала. До беременности давление не поднималось. Решила обратиться к врачу.

\* Врача ЖК посещает регулярно с периодичностью 1 раз в месяц, обследована

## **Анамнез жизни**

\* Аллергоанамнез: но-шпа- кожный зуд

\* Наследственность не отягощена.

\* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, частые ангины

\* Оперативные вмешательства: отрицает.

\* Гемотрансфузии: отрицает.

\* Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, болезненные.

\* Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки, не лечила

\* Половая жизнь с 25 лет, в браке.

\* У пациентки III беременность, III предстоящие роды: I беременность своевременные самопроизвольные роды в 25 лет, без осложнений; II беременность- своевременные самопроизвольные роды в 30 лет, без осложнений; III беременность данная, наступила самопроизвольно

\* Беременность протекала:

1 триместр: без осложнений;

2 триместр: без осложнений;

3 триместр: повышение АД до 145/90 мм.рт.ст.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 75 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/95 мм рт. ст. на правой руке, 145/90 мм

рт. ст. на левой руке.

Пульс 82 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Высота стояния дна матки над лоном 35-36 см.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеки нижних конечностей.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный.

Общая прибавка в весе 13 кг.

\* Размеры таза: 28x29x31x22

Ромб Михаэлиса 11x11 см,

индекс Соловьёва 1.5

Окружность живота - 93 см

ВДМ – 35 см.

Влагалищное исследование.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. шейка матки отклонена кзади, длиной 2.0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз. Мыс недостижим, экзостозов нет. Выделения из половых путей светлые.

**В данной клинической ситуации необходимо провести дифференциальную диагностику между гестационной артериальной гипертензией, гипертензией «белого халата» и**

- эклампсией
- преэклампсией
- артериальной гипертензией, HELLP - синдромом
- хронической артериальной гипертензией

**Ваша лечебная тактика, как врача женской консультации, в отношении данной пациентки заключается в**

- госпитализации в стационар
- амбулаторном наблюдении
- коррекции диеты, водного баланса
- экстренном родоразрешении

**Вы выписали пациентке направление на госпитализацию в акушерский стационар. При поступлении пациентка в удовлетворительном состоянии с**

**артериальным давлением 140/90 мм.рт.ст., для уточнения диагноза вы назначаете пациентке**

- госпитализации в стационар
- амбулаторном наблюдении
- коррекции диеты, водного баланса
- экстренном родоразрешении

### **Результаты обследования**

**Вы получили результат анализа суточной протеинурии 0,4 г/л. Данный полученный результат относится к**

- допустимому значению у беременных
- показанию для родоразрешения
- норме на данном сроке беременности
- клинически значимой протеинурии

**Для исключения ошибки в анализе, Вы как лечащий врач, должны исключить у пациентки**

- инфекции мочевыделительной системы
- прием дополнительного белкового питания
- использование нестерильной емкости для сбора мочи
- прием лекарств в день сбора мочи

**Учитывая данные осмотра, результаты клинико- лабораторных исследований, можно сформулировать диагноз у пациентки: Беременность 34-35 недель.**

**Головное предлежание**

- инфекции мочевыделительной системы
- прием дополнительного белкового питания
- использование нестерильной емкости для сбора мочи
- прием лекарств в день сбора мочи

### **Диагноз**

**Наиболее вероятной причиной развития преэклампсии у данной пациентки является**

- интервал между беременностями 12 лет
- возраст менархе 14 лет у пациентки
- позднее начало половой жизни (в 25 лет)
- склонность к ангинам согласно анамнезу

**Для начала терапии следует назначить пациентке Нифедипин в минимальной суточной дозе + \_\_\_\_\_ + мг в два приема**

- 10
- 90
- 40
- 120

**Как лечащий врач, Вы должны предупредить пациентку, что максимальная суточная доза назначенного ей препарата Нифедипин, не должна превышать + \_\_\_\_\_ + мг в сутки**

- 1800
- 180
- 1200
- 120

**До стабилизации артериального давления у пациентки, необходимо**

- постоянно контролировать объем выпитой и выделенной жидкости
- проверять уровень сознания пациентки каждые 6 часов
- постоянно мониторировать состояния плода
- проверять уровень белка в моче каждые 4 часа

**Для постановки диагноза артериальной гипертензии необходимо зафиксировать уровень артериального давления**

- САД  $\geq$  140 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  90 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  120 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  70 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  130 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  80 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  125 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  75 мм.рт.ст

**Правильное измерение артериального давления проводится в удобной позе, сидя на стуле, расположив нижний край манжеты на 2 см выше локтевого сгиба и**

- САД  $\geq$  140 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  90 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  120 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  70 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  130 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  80 мм.рт.ст
- САД  $\geq$  125 мм.рт.ст. и/или ДАД  $\geq$  75 мм.рт.ст

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

В женскую консультацию в плановом порядке обратилась беременная 38 лет со сроком беременности 34-35 недель

## **Жалобы**

Жалобы на отеки голеней и стоп, кистей рук, появившиеся около 10 дней назад

## **Анамнез заболевания**

- \* На учете в ЖК с 8 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.
- \* В 30 лет диагностирована артериальная гипертензия, назначен Эналаприл. Узнав о беременности, врач изменила препарат на Нифедипин (20 мг в сутки).
- \* Врача ЖК посещает регулярно с периодичностью 1 раз в 3-4 недели.
- \* Объективный статус и клинико-лабораторное обследование (общеклинический анализ крови, общий анализ мочи) в пределах нормы для III триместра беременности.

## **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность: сахарный диабет по линии матери
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- \* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве
- \* Гемотрансфузии: отрицает.
- \* Менструации с 11 лет, установились сразу по 5-6 дней, через 29 дней, умеренные, безболезненные.
- \* Половая жизнь с 20 лет, в браке.
- \* Беременностей -3, 1-я беременность 12 лет назад - своевременные самопроизвольные роды (умеренная преэклампсия во время беременности), без осложнений; 2-я беременность 11 лет назад - искусственный аборт, 5-6 недель, без осложнений; 3-я беременность настоящая, наступила самопроизвольно

Течение беременности: 1 триместр- без осложнений, принимала поливитамины, Нифедипин (20 мг); 2 триместр- без осложнений, Нифедипин 20мг; 3 триместр- появились отеки голеней и стоп с 33 недель беременности

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 75 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм рт. ст. на правой руке, 135/80 мм рт. ст. на левой руке.

Пульс 82 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Высота стояния дна матки над лоном 35 см.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеки голеней и стоп, кистей рук.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

\* Размеры таза: 28x30x32x22

Ромб Михаэлиса 11x11 см,

индекс Соловьёва 1.6

Окружность живота - 102 см

ВДМ – 34 см

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно.

Влагалище свободное. Шейка матки по проводной оси малого таза, длиной 1,5 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз. Выделения из половых путей светлые.

**В этом клиническом случае следует проводить дифференциальную диагностику между хронической артериальной гипертензией, вторичной артериальной гипертензией и**

- тяжелой преэклампсией
- почечной гипертензией
- умеренной преэклампсией
- гипертензией "белого халата"

**Для исключения ошибок измерения, нужно проводить его, посадив пациентку в удобной позе на стул, расположив нижний край манжеты на 2 см выше локтевого сгиба и**

- после приема суточной дозы Нифедипина
- после 5 минут отдыха
- после 30 минут отдыха
- после трехкратной задержки дыхания

**Как врач женской консультации, вы рекомендуете пациентке**

- экстренное родоразрешение
- коррекцию диеты и водного баланса
- госпитализацию в стационар
- амбулаторное наблюдение во м/ж

**На следующий день утром пациентка приехала в акушерский стационар для госпитализации по направлению врача ЖК. Пациентка в удовлетворительном состоянии с артериальным давлением 135/80/ мм.рт.ст., для уточнения диагноза вы назначаете ей**

- экстренное родоразрешение
- коррекцию диеты и водного баланса
- госпитализацию в стационар
- амбулаторное наблюдение во м/ж

### **Результаты обследования**

**Вы получили результат суточной протеинурии пациентки 0,39 г/л, такой результат относится к**

- допустимому значению для данного срока беременности
- клинически значимой протеинурии
- нормальным значениям белка в суточной порции мочи
- клинически не значимой протеинурии

**Как лечащий врач, Вы должны исключить**

**+ \_\_\_\_\_ + для определения истинной протеинурии**

- прием лекарственных препаратов в день сбора мочи
- инфекции мочевыделительной системы
- инфекции желудочно-кишечного тракта
- использование нестерильной емкости для сбора мочи

**Получив результаты клиничко-лабораторного обследования, можно сформировать диагноз у пациентки: Беременность 34-35 недель. Головное предлежание**

- прием лекарственных препаратов в день сбора мочи
- инфекции мочевыделительной системы
- инфекции желудочно-кишечного тракта
- использование нестерильной емкости для сбора мочи

## Диагноз

Можно предположить, что преэклампсия развилась у данной пациентки вследствие нескольких причин: перенесенной во время первой беременности преэклампсии, интервала между беременностями 10 лет и

- хронической артериальной гипертензии
- длины менструального цикла 29 дней
- чрезмерной прибавки в весе за беременность
- перенесенной в детстве аппендэктомии

Как лечащий врач пациентки, вы назначили ей + \_\_\_\_\_ + в качестве профилактики развития судорожного синдрома

- глюконат кальция
- низкомолекулярный гепарин
- натрия нитропруссид
- сульфат магния

Вы назначили пациентке продолжить прием Нифедипина на постоянной основе в два приема. Минимальная средняя суточная доза Нифедипина составляет + \_\_\_\_\_ + мг

- 100
- 120
- 40
- 90

В случае недостаточного снижения артериального давления, Вы разрешили пациентке добавить дозировку, но предупредили, что максимальная суточная доза назначенного ей Нифедипина не должна превышать + \_\_\_\_\_ + мг в сутки

- 120
- 140
- 150
- 180

В 40 недель у пациентки произошли своевременные самопроизвольные роды в головном предлежании. На первые сутки, на фоне проводимой терапии Вы отметили у пациентки повышение АД до 160/110 мм.рт.ст. и в связи с развившейся тяжелой артериальной гипертензией Вы назначили ей

- 120

- 140
- 150
- 180

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В женскую консультацию обратилась беременная 30 лет со сроком беременности 32-33 недели

### **Жалобы**

Жалобы на нарастание отеков голеней и стоп за последнюю неделю, не проходящие к утру

### **Анамнез заболевания**

\* На учете в ЖК с 12 недель беременности. Обследована. \_1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.\_

\* Стала отмечать отечность голеней и стоп с 29 недель беременности, терапию не получала. За последнюю неделю отмечает резкое нарастание отеков. Давление в норме.

\* Врача ЖК посещает регулярно

\* Объективный статус и клиничко-лабораторное обследование (общеклинический анализ крови, общий анализ мочи, включая белок) в пределах нормы.

### **Анамнез жизни**

\* Аллергоанамнез: отрицает.

\* Наследственность- онкология по материнской линии

\* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции (ветряная оспа), простудные заболевания.

\* Оперативные вмешательства: отрицает.

\* Гемотрансфузии: отрицает.

\* Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, болезненные.

\* Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки, не лечила

\* Половая жизнь с 16 лет, в браке.

\* У пациентки I беременность, 1 предстоящие роды, беременность наступила самопроизвольно

\* Беременность протекала:1 триместр:без осложнений. +

2 триместр: прибавка в весе 14 кг +

3 триместр: отеки голеней и стоп с 29 недель

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 75 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115/70 мм рт. ст. на правой руке, 115/70 мм рт. ст. на левой руке.

Пульс 80 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Высота стояния дна матки над лоном 33 см.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеки голеней и стоп.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный.

Прибавка в весе 15кг.

Размеры таза: 25x28x31x21

Ромб Михаэлиса 10x10 см,

индекс Соловьёва 1.4

Окружность живота - 9см

ВДМ – 34 см

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно.

Влагалище свободное. шейка матки отклонена кзади, длиной 2.0 см, плотная.

Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз.

**На основании жалоб, анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров можно предположить у пациентки диагноз: Беременность 32-33 недели.**

**Головное предлежание**

- 120
- 140
- 150
- 180

**Диагноз**

**Для подтверждения диагноза у пациентки необходимым физикальным обследованием будет**

- измерение артериального давления
- измерение роста и веса пациентки
- оценка сухости кожных покровов
- измерение белка в суточной пробе мочи

**Вы подтвердили диагноз, измерив артериальное давление у пациентки, посадив ее на стул в удобной позе, расположив нижний край манжеты на 2 см выше локтевого сгиба и**

- после 5 минут отдыха
- после физической нагрузки
- после задержки дыхания
- после 1 часа отдыха

**Вы должны разъяснить пациентке, что повторное измерение артериального давления проведете ей**

- на другой руке через 5 минут
- на той же руке через 15 минут
- на следующем амбулаторном приеме
- на той же руке через 24 часа

**В этот же день пациентка в удовлетворительном состоянии с отеками голеней и стоп поступила в отделение патологии акушерского стационара, где для уточнения диагноза Вы назначаете ей**

- на другой руке через 5 минут
- на той же руке через 15 минут
- на следующем амбулаторном приеме
- на той же руке через 24 часа

**Результаты обследования**

**Результат анализа суточной протеинурии – белка нет, артериальное давление в пределах нормы, что позволяет подтвердить диагноз**

- гестационная артериальная гипертензия
- эклампсия
- отеки беременных
- преэклампсия умеренная

**Для исключения патологии мочевыделительной системы Вы назначаете пациентке консультацию**

- нефролога
- психолога
- терапевта
- хирурга

**Для исключения экстрагенитальной патологии Вы назначаете пациентке консультацию**

- анестезиолога
- хирурга
- психолога
- терапевта

**Целью лечения в данном клиническом случае будет являться**

- сохранение беременности до 34 недель
- предупреждение развития преэклампсии
- снижение объема потребляемой пациенткой жидкости
- снижение цифр артериального давления до 110/60 мм.рт.ст

**Вы лечащий врач пациентки, Ваша тактика в условиях стационара включает в себя контроль почасового диуреза, определение белка в суточной моче 1 раз в 3 дня и**

- контроль артериального давления
- контроль объема потребляемой жидкости
- контроль уровня гемоглобина и лейкоцитов
- контроль диеты, набранного веса

**В данном клиническом случае медикаментозное лечение**

- включает в себя антибактериальную терапию
- включает назначение диуретиков
- не предусмотрено
- включает в себя антигипертензивные препараты

**В качестве немедикаментозного лечения данной патологии рекомендовано соблюдать сбалансированное питание, лечебно-охранительный режим и**

- включает в себя антибактериальную терапию
- включает назначение диуретиков
- не предусмотрено
- включает в себя антигипертензивные препараты

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В ОПБ акушерского стационара по направлению от женской консультации поступила пациентка 29 лет со сроком беременности 37- 38 недель

### Жалобы

Жалобы на нарастание отеков голеней и стоп за последнюю неделю, не проходящие к утру

### Анамнез заболевания

- \* На учете в ЖК с 8 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.
- \* Стала отмечать отечность голеней и стоп с 36 недель беременности.
- \* Врача ЖК посещает регулярно, на последнем приеме отеков не было. Объективный статус и клинико-лабораторное обследование (общеклинический анализ крови, общий анализ мочи, включая белок) в пределах нормы.

### Анамнез жизни

- \* Аллергоанамнез: отрицает
- \* Наследственность не отягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания ОРВИ, детские инфекции, хронический тонзиллит, тонзилэктомия, хронический гастрит.
- \* На руках у пациентки заключение офтальмолога: миопия высокой степени осложненная, периферическая хориоретинальная дистрофия сетчатки. Рекомендовано оперативное родоразрешение
- \* Оперативные вмешательства: отрицает
- \* Вредные привычки – отрицает
- \* менструации с 13 лет, регулярные, через 28-30 дней, по 5-6 дней, умеренные, безболезненные
- \* Гинекологический анамнез: отрицает
- \* Беременностей- 3:
  - 1-я беременность – 5 лет назад, медикаментозный аборт на малом сроке, без осложнений
  - 2-я беременность 3 года назад неразвивающаяся беременность малого срока, abratio с.и., без осложнений
  - 3 беременность – настоящая, наступила самопроизвольно
- \* Течение данной беременности:
  - I триместр - угрожающая до 13 недель
  - II триместр – без осложнений
  - III триместр – без осложнений

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное.

Зрение ясное. Голова не болит.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые.

Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в минуту.

Пульс 80 уд . в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70, 120/70 мм.рт.ст .

Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах.

Матка при осмотре увеличена соответственно сроку беременности, овоидной формы, в нормотонусе , безболезненная во всех отделах.

Положение плода продольное. Предлежит головка плода, над входом в малый таз.

Шевеление плода ощущает хорошо.

Сердцебиение плода 140уд в минуту, ритмичное, ясное.

Отеки голеней и стоп.

Физиологические отправления в норме.

Выделений из половых путей нет

Общая прибавка в весе – 17,5 кг.

Размеры таза: 26x28x32x21

Ромб Михаэлиса 11\*10 см,

индекс Соловьёва 1.5

Окружность живота 107 см.

ВДМ– 38 см.

Предполагаемый вес плода\*: по УЗИ 3200 +/- 200 гр.

Сроки беременности:

по менструации – 37- 38 недель

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы и влагалище развиты правильно.

Шейка матки осмотрена в зеркалах – эрозирована.

Взяты мазки.

P.V.: Шейка матки отклонена кзади, длиной 2.0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз.

Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения светлые, слизистые.

**На основании анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров Вы предполагаете диагноз у данной пациентки: Беременность 37-38 недель.**

**Головное предлежание**

- включает в себя антибактериальную терапию

- включает назначение диуретиков
- не предусмотрено
- включает в себя антигипертензивные препараты

## **Диагноз**

**Вы - лечащий врач пациентки, и после формирования диагноза Вы формируете план ведения родов у пациентки**

- через естественные родовые пути с использованием вакуум-экстрактора
- через естественные родовые пути с наложением выходных акушерских щипцов
- через естественные родовые пути выжидательно
- путем операции кесарево сечение в плановом порядке

**Учитывая диагноз, показание к оперативному родоразрешению и письменный отказ пациентки от родов через естественные родовые пути, Вы назначите плановое оперативное родоразрешение**

- после 39 недель беременности
- после самопроизвольного излития околоплодных вод
- на следующий день, при наличии анализов
- после 42 недель беременности

**В рамках подготовки к операции кесарево сечение необходимо назначить пациентке следующие лабораторные исследования: гемостазиограмму, тестирование на сифилис, ВИЧ, гепатит В и С и**

- после 39 недель беременности
- после самопроизвольного излития околоплодных вод
- на следующий день, при наличии анализов
- после 42 недель беременности

## **Результаты обследования**

**Перед операцией с целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений необходимо назначить консультацию анестезиолога, катетеризирование мочевого пузыря и**

- консультацию психолога
- антибиотикопрофилактику
- профилактику РДС плода
- противовоспалительные препараты

**В качестве профилактики снижения кровопотери во время операции кесарево сечения следует назначить пациентке интраоперационно**

- окситоцин
- магния сульфат
- аспирин
- фраксипарин

**В сроке беременности 39-40 недель Вы выполнили пациентке абдоминальное родоразрешение под эпидуральной анестезией. В отделении реанимации рекомендована ранняя активация пациентки через + \_\_\_\_\_ + ч**

- 16-20
- 10-12
- 12-14
- 4-6

**В начале раннего послеоперационного периода, в качестве послеоперационного обезболивания, Вы назначите пациентке инфузию**

- парацетамола
- липолитиков
- промедола
- но-шпы

**В данном клиническом случае, учитывая эпидуральную анестезию, прием жидкости в раннем послеоперационном периоде можно разрешить пациентке**

- сразу после операции
- через 6 часов после операции
- через 3 часа после операции
- через 12 часов после операции

**После операции кесарева сечения и до выписки необходимо проводить динамическое наблюдение для раннего выявления послеоперационных осложнений. Для этого Вы проводите осмотр для определения размеров матки, оценку состояния послеоперационного шва и**

- оценку микрофлоры влагалища
- оценку количества и характера лохий
- оценку состояния сосудов глазного дна
- контроль массы тела роженицы

**В 18.00 пациентка в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение, где будет осматриваться врачом каждые + \_\_\_\_\_ + часа/часов**

- 8
- 6
- 24
- 12

**Препаратами выбора для антибиотикопрофилактики при кесарево сечении являются амоксициллин, ампициллин, цефазолин, цефуроксим, а при аллергических реакциях на пенициллины и/или цефалоспорины применима комбинация гентамицина сульфата и**

- 8
- 6
- 24
- 12

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась беременная 32 лет по направлению от женской консультации, срок беременности 35-36 недель

### **Жалобы**

Жалобы на кожный зуд, начавшийся с ладоней и постепенно усиливающийся и переходящий на живот

### **Анамнез заболевания**

\* На учете в ЖК с 10 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.

\* Врача ЖК посещает регулярно с периодичностью 1 раз в 3-4 недели.

\* На последнем приеме неделю назад обратила внимание врача на кожный зуд, он направил пациентку для обследования в стационар

Объективный статус и клинико-лабораторное обследование (общеклинический анализ крови, общий анализ мочи) в пределах нормы во время последнего приема в ЖК около месяца назад

### **Анамнез жизни**

\* Аллергоанамнез: отрицает.

\* Наследственность не отягощена.

\* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские

инфекции, простудные заболевания.

\* Оперативные вмешательства: отрицает

\* Гемотрансфузии: отрицает.

\* Менструации с 12 лет, установились сразу по 6 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные.

\* Гинекологический анамнез со слов женщины– эктопия шейки матки, не лечила

\* Половая жизнь с 17 лет, в браке.

\* Беременностей -1, 1-я данная, наступила самопроизвольно.

Срок беременности 35- 36 недель

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы сухие, видны следы расчесов на ладонях.

Легкая желтушность склер.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. на правой руке, 115/70 мм рт. ст. на левой руке.

Пульс 69 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеков нет.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Размеры таза: 26x30x32x21

Ромб Михаэлиса 10x11 см,

индекс Соловьёва 1.4

Окружность живота - 92 см

Высота стояния дна матки – 34 см

Влагалищное исследование.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки по проводной оси малого таза, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз. Выделения из половых путей светлые.

**У данной пациентки следует проводить дифференциальную диагностику между HELLP- синдромом, острым вирусным гепатитом и**

- внутripеченочным холеста́зом беременных
- аллергической реакцией на лекарства
- внепеченочным холеста́зом беременных
- жировым гепатозом беременных

**При проведении наружного осмотра следует обратить внимание на важные симптомы у пациентки, такие как**

- АД 120/70 и 115/70 мм рт. ст. на двух руках
- желтушность склер
- белый налет на языке
- высоту дна матки 34 см
- отсутствие отеков нижних конечностей
- следы расчесов на ладонях

**Для уточнения диагноза с помощью лабораторной диагностики пациентке показано определение**

- АД 120/70 и 115/70 мм рт. ст. на двух руках
- желтушность склер
- белый налет на языке
- высоту дна матки 34 см
- отсутствие отеков нижних конечностей
- следы расчесов на ладонях

**Результаты обследования**

**Для исключения подпеченочной желтухи, после получения результатов лабораторных тестов (Желчные кислоты 12,8 мкмоль/л, АЛТ 60 ед/л, АСТ 47 ед/л), необходимо назначить пациентке**

- АД 120/70 и 115/70 мм рт. ст. на двух руках
- желтушность склер
- белый налет на языке
- высоту дна матки 34 см
- отсутствие отеков нижних конечностей
- следы расчесов на ладонях

**Результаты обследования**

**Получив результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, учитывая жалобы пациентки, можно сформулировать диагноз у данной пациентки: Беременность 35- 36 недель. Головное предлежание**

- АД 120/70 и 115/70 мм рт. ст. на двух руках
- желтушность склер
- белый налет на языке
- высоту дна матки 34 см
- отсутствие отеков нижних конечностей
- следы расчесов на ладонях

### **Диагноз**

**Учитывая результаты клинико- лабораторного обследования, Вы диагностируете у пациентки + \_\_\_\_\_ + степень холестаза беременных**

- средне-тяжелую
- среднюю
- легкую
- тяжелую

**Для купирования симптомов холестаза необходимо назначить пациентке прием**

- ацетилсалициловой кислоты
- ортофосфорной кислоты
- урсодезоксихолевой кислоты
- комплекса желудочных ферментов

**Прием урсодезоксихолевой кислоты следует прописать пациентке в минимальной средней суточной дозе + \_\_\_\_\_ + мг/кг в два приема**

- 10
- 30
- 40
- 50

**Оценивать положительный эффект от проводимой терапии следует при уменьшении кожного зуда и**

- исчезновении белого налета на языке
- увеличении количества околоплодных вод
- увеличении массы тела беременной
- снижении уровня желчных кислот

**Вы выписываете пациентку домой, отметив положительной эффект от проводимой терапии. Рекомендованный срок родоразрешения у пациентки + \_\_\_\_\_ + недель/неделя**

- 35-36
- 37-38
- 40-41
- 36-37

**В 38 недель произошли самопроизвольные роды. После выписки из стационара можно рекомендовать пациентке минимизировать прием лекарственных средств, в том числе**

- пробиотиков
- витаминов
- КОК
- пребиотиков

**В последующих беременностях риск развития холестаза у таких пациенток высок и равен 60-70%, поэтому необходимо осуществлять должный контроль за**

- пробиотиков
- витаминов
- КОК
- пребиотиков

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась беременная 30 лет по направлению женской консультации, в связи с повышением показателей в биохимическом анализе крови: желчные кислоты 15,8 мкмоль/л, АЛТ 61 ед/л, АСТ 57 ед/л, срок беременности 36-37 недель

### **Жалобы**

Жалобы на периодический кожный зуд в области ладоней

### **Анамнез заболевания**

\* На учете в ЖК с 8 недель беременности. Обследована. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.

\* Врача ЖК посещает регулярно с периодичностью 1 раз в 3-4 недели.

\* Около 2-х недель назад появились жалобы на легкий кожный зуд, внимания не обращала, связывала с покупкой нового стирального порошка. На последнем приеме в ЖК врач назначила биохимический анализ крови, по результатам которых и выписала направление на госпитализацию.

\* Объективный статус и клинико-лабораторное обследование

(общеклинический анализ крови, общий анализ мочи) в пределах нормы во время последнего приема в ЖК около 2-х недель назад

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность не отягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- \* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве.
- \* Гемотрансфузии: отрицает.
- \* Менструации с 11 лет, установились сразу по 6 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные.
- \* Гинекологический анамнез со слов женщины– гинекологические заболевания отрицает
- \* Половая жизнь с 17 лет, в браке.
- \* Беременностей -2:
  - 1-я беременность 5 лет назад своевременные самопроизвольные роды, без осложнений
  - 2-я данная, наступила самопроизвольно
  - Срок беременности 36-37 недель

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 75 кг.

Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы сухие, видны следы расчесов на ладонях.

Легкая желтушность склер.

Язык слегка обложен белым налетом.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. на правой руке, 115/70 мм рт. ст. на левой руке.

Пульс 84 уд./мин, ритмичный.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах.

Высота стояния дна матки над лоном 34 см.

Положение плода продольное, головка плода определяется над входом в малый таз.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Отеков нет.

Мочеиспускание свободное, безболезненное в достаточном количестве.

Стул регулярный. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Размеры таза: 25x29x31x21

Ромб Михаэлиса 10x11 см,

индекс Соловьёва 1.5

Окружность живота - 99 см

ВДМ – 34 см

Влагалищное исследование.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки по проводной оси малого таза, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз. Выделения из половых путей светлые.

**Дифференциальную диагностику Вы, как лечащий врач, будете проводить с HELLP- синдромом, острым вирусным гепатитом и**

- внепеченочным холестазом беременных
- аллергической реакцией на лекарственные средства
- жировым гепатозом беременных
- внутрпеченочным холестазом беременных

**Важным диагностическим симптомом, обнаруженном при наружном осмотре пациентке, является**

- высота стояния дна матки 34 см
- отсутствие отеков
- белый налет на языке
- желтушность склер

**Чтобы установить точный диагноз, в биохимическом анализе крови Вы будете определять**

- высота стояния дна матки 34 см
- отсутствие отеков
- белый налет на языке
- желтушность склер

**Результаты обследования**

**Вы получили результаты лабораторного обследования: Общий билирубин 35 мкмоль/л, прямой билирубин 48 мкмоль/л. Необходимо назначить пациентке проведение**

- высота стояния дна матки 34 см
- отсутствие отеков
- белый налет на языке
- желтушность склер

## Результаты обследования

Принимая во внимание результаты обследования пациентки, её жалобы, Вы формулируете следующий диагноз: Беременность 36-37 недель. Головное предлежание

- высота стояния дна матки 34 см
- отсутствие отеков
- белый налет на языке
- желтушность склер

## Диагноз

Медикаментозное лечение, назначенное пациентке, включает в себя прием

- комплекса желудочных ферментов
- ацетилсалициловой кислоты
- урсодезоксихолевой кислоты
- ортофосфорной кислоты

В случае неэффективности урсодезоксихолевой кислоты у пациентки, Вы будете рекомендовать комбинировать ее с

- витаминами группы В
- S-аденозилметионином
- диуретиками
- сульфатом магния

Пациентка отметила улучшение самочувствия, уменьшение симптомов на фоне проводимой терапии и выписывается домой. Вы рекомендуете пациентке родоразрешение в сроке беременности + \_\_\_\_ + недель/недели

- 37- 38
- 41- 42
- 39 - 40
- 40 - 41

Учитывая клинические рекомендации по данному заболеванию, Вы настоятельно рекомендуете пациентке родоразрешение

- путем использования вакуум- экстрактора плода
- путем операции кесарево сечение
- путем наложения выходных акушерских щипцов
- через естественные родовые пути

Вам необходимо подробно рассказать пациентке о том, что риск развития внутрипеченочного холестаза у нее в следующих беременностях, составляет + \_\_\_\_\_ + %

- 60-70
- 10-15
- 20-30
- 90-95

В сроке беременности 38 недель произошли самопроизвольные роды. Пациентка с ребенком выписывается домой, Вы рекомендуете ей минимизировать прием лекарственных средств, в том числе

- минералов
- гормонов
- пробиотиков
- витаминов

Суточная дозировка урсодезоксихолевой кислоты составляет + \_\_\_\_\_ + мг/кг

- минералов
- гормонов
- пробиотиков
- витаминов

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Родильница А., 23 года, на 2 день послеродового периода поднялась температура до 38,3°C, ночью не могла уснуть из-за сильных схваткообразных болей внизу живота, при осмотре выявлены мутные лохии с неприятным запахом. Жалуется на общую слабость, недомогание, сильную сухость во рту.

### Жалобы

- Сухость во рту,
- Гипертермия (до 38,6°C),
- Общая слабость, недомогание,
- Схваткообразные боли внизу живота,
- Мутные лохии с неприятным запахом

### Анамнез заболевания

2 дня назад поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью,

спустя 12 часов родила ребенка рост 52 см, вес 3253 кг, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Признаки отделения плаценты отсутствовали в течении 50 минут, было произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Общая продолжительность родов 14 часов, безводный промежуток 5,5 часов. В послеродовом отделении находится в течении 2-х суток, на самочувствие не жаловалась.

### **Анамнез жизни**

\* Соматические заболевания – острый цистит, рецидивирующее течение, обострение в 12 и 32 недели беременности - получала антибактериальную терапию.

\* Аллергоанамнез неотягощен.

\* Профессиональных вредностей не имеет.

\* Курение и прием алкоголя отрицает.

\* Менструации с 12 лет, установились сразу, менструальный цикл 30 дней, менструации по 5 дней, умеренные, безболезненные

\* В анамнезе - установка внутриматочной спирали 3 года назад, удалена за 6 месяцев до планируемой беременности.

Генеративная функция Беременность - 1- настоящая, выкидыши - 0, Аборты - 0.

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Вес 61 кг, рост 172 см. ИМТ 20.6. Температура тела 38,4<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 95/мин, АД 128/85 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в области нижних отделов живота. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень, селезенка не увеличены. Стул нормальный, мочеиспускание частое, безболезненное.

\*Гинекологический осмотр\*:

\* в зеркалах – шейка матки без патологических изменений, лохии - мутные, с неприятным запахом.

\* при бимануальном исследовании – матка шаровидной формы, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации в области дна и боковых стенок. Отклонена вправо, пальпируется на уровне пупка. Придатки четко не определяются, область их безболезненная. Цервикальный канал проходим для 1 исследующего пальца

**Для постановки диагноза данной пациентке необходимо назначить следующие лабораторные исследования**

- минералов
- гормонов
- пробиотиков

- витаминов

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Для уточнения диагноза необходимо назначить данной пациентке инструментальные методы диагностики**

- минералов
- гормонов
- пробиотиков
- витаминов

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Дифференциальную диагностику в данном клиническом случае при послеродовом эндометрите необходимо провести с**

- ювенильным кровотечением
- дисфункциональным маточным кровотечением
- обострением генитального герпеса
- острым сальпингоофоритом

**На основании жалоб, анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования можно поставить данной пациентке диагноз**

- ювенильным кровотечением
- дисфункциональным маточным кровотечением
- обострением генитального герпеса
- острым сальпингоофоритом

### **Диагноз**

**Лечение в данном клиническом случае должно проводиться в**

- амбулаторных условиях
- профилактическом санатории
- «дневном стационаре»
- условиях стационара

**Попытка лечения данной пациентки в амбулаторных условиях увеличивает риск развития**

- бактериального цистита
- сепсиса

- сальпиноофорита
- маточного кровотечения

**Для лечения послеродового эндометрита этой пациентке назначаются**

- нестероидные противовоспалительные препараты
- антибактериальные препараты
- глюкокортикостероидные препараты
- комбинированные оральные контрацептивы

**В течении + \_\_\_\_\_ + часов от начала терапии можно будет оценивать эффективность антибактериального лечения у пациентки**

- 24-48
- 12-24
- 48-72
- более 72

**Факторами риска развития послеродового эндометрита у данной пациентки явились перенесенные при беременности инфекционные заболевания (острый цистит в 12 и 32 недели), наличие ВМС в полости матки в течении 3-х лет и**

- ожирение 2 степени
- миома матки
- юный возраст
- ручное обследование послеродовой матки

**После окончания лечения данной пациентке рекомендуется диспансерное наблюдение у врача акушера-гинеколога в течение**

- 2 лет
- 1 года
- 6 месяцев
- 3 лет

**В случае обнаружения остатков плацентарной ткани (по данным УЗИ) и развития на этом фоне послеродового эндометрита в качестве метода лечения пациентке будет предложено**

- диагностическую лапароскопию
- пункцию заднего свода
- выскабливание послеродовой матки
- пангистерэктомию

**Частота встречаемости послеродового эндометрита, после операции кесарево сечение, составляет +\_\_\_\_\_+ %**

- диагностическую лапароскопию
- пункцию заднего свода
- выскабливание послеродовой матки
- пангистерэктомию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная 29 лет со сроком беременности 37-38 недель

### **Жалобы**

На жидкие прозрачные выделения из половых путей, появившиеся три часа назад в состоянии покоя, в связи с чем вызвала СМП и была доставлена в родильный дом.

Регулярной родовой деятельности нет.

### **Анамнез заболевания**

У пациентки 1 беременность, 1 предстоящие роды.

Беременность протекала:

Во втором триместре в сроке беременности 24 недели диагностирована ИЦН в связи с чем была проведена коррекция акушерским пессарием в амбулаторных условиях

В 3 триместре - в сроке беременности 32 недели был выявлен кандидозный вагинит получала местное лечение, с положительным эффектом.

### **Анамнез жизни**

\* Менструальная функция - менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 5-6, умеренные, безболезненные.

\* Хронические заболевания - аппендэктомия в 12 лет, мочекаменная болезнь

\* Гинекологические заболевания- эктопия шейки матки - криодеструкция в 22 года

\* Аллергическая реакция - на антибиотики группы цефалоспоринов - в виде крапивницы

### **Объективный статус**

\*При поступлении\*:

\* Состояние удовлетворительное. Зрение ясное. Голова не болит.

\* А/Д-125/75 мм рт.ст.

\* Пульс-95 уд в минуту

- \* Родовой деятельности нет.
- \* Подтекают светлые околоплодные воды в течении 3-х часов.
- \* Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд в минуту.
- \* ВДМ-38 ОЖ-93.
- \* Отеков нет.
- \* Физиологические отправления в норме.
- \* При влагалищном исследовании\*: шейка матки сформирована акушерским пессарием, длиной до 2,5 см, умеренно размягчена, наружный зев пропускает кончик исследующего пальца. Через своды определяется головка плода, подвижна над входом в малый таз. Мыс недостижим. Экзостозов нет. Подтекают светлые околоплодные воды. Акушерский пессарий удален.

**С целью уточнения диагноза пациентке необходимо провести**

- диагностическую лапароскопию
- пункцию заднего свода
- выскабливание послеродовой матки
- пангистерэктомию

**Результаты обследования**

**Для верификации диагноза преждевременного разрыва плодных оболочек данной пациентки необходимо провести**

- диагностическую лапароскопию
- пункцию заднего свода
- выскабливание послеродовой матки
- пангистерэктомию

**Результаты обследования**

**Учитывая срок беременности 38 недель, неподготовленность родовых путей к родам и преждевременный разрыв плодных оболочек, Вы, обсудив с пациенткой и подписав информированное согласие, выберете выжидательно-активную тактику ведения, которую следует начать с проведения УЗИ плода для определения расположения пуповины и**

- диагностическую лапароскопию
- пункцию заднего свода
- выскабливание послеродовой матки
- пангистерэктомию

## **Результаты обследования**

**На основании жалоб, анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования данной пациентке можно поставить диагноз: Беременность 37-38 недель. Головное предлежание**

- диагностическую лапароскопию
- пункцию заднего свода
- выскабливание послеродовой матки
- пангистерэктомию

## **Диагноз**

**С целью определения готовности родовых путей к родам нужно провести**

- диагностическую лапароскопию
- пункцию заднего свода
- выскабливание послеродовой матки
- пангистерэктомию

## **Результаты обследования**

**Учитывая недостаточную «зрелость» шейки матки, отсутствие регулярной родовой деятельности, срок беременности 37-38 недель, Вы обсудив с пациенткой и подписав информированное согласие, выбрали активно-выжидательную тактику ведения родов. С целью подготовки шейки матки к родам у этой пациентки Вы назначили**

- введение ПГ F2 альфа внутривенно
- индукцию окситоцином, внутривенно
- таб. мифепристон 200 мг, орально
- интрацервикальное введение ламинарий (Dilapan)

**Для подготовки шейки матки к родам у данной беременной применен препарат Мифепристон 200 мг**

- сублингвально, до завтрака на следующий день после госпитализации и спустя 12 часов
- вагинально, после оценки степени зрелости шейки матки и повторно через 12 часов
- орально, после оценки степени зрелости шейки матки и спустя 6 часов
- вагинально, однократно ввели одну таблетку утром и на следующий день после госпитализации

На фоне подготовки шейки матки к родам, с целью динамического наблюдения за состоянием плода назначено проведение КТГ данной пациентке не реже, чем каждые + \_\_\_\_\_ + часов/часа

- 18
- 12
- 6-8
- 24

Эффективность проводимой терапии у данной пациентки будет оцениваться по созреванию шейки матки и

- скорости кровотока в сосудах пуповины
- двигательной активности плода каждые 30 минут
- развитию регулярной родовой деятельности
- частоте сердечных сокращений плода (данные КТГ)

У данной беременной безводный промежуток составляет 3 часа на момент поступления, ей будет назначена антибиотикопрофилактика, когда безводный промежуток составит + \_\_\_\_\_ + часов

- 8
- 18
- 24
- 16

Учитывая указание в анамнезе на аллергическую реакцию на антибиотики группы цефалоспоринов, данной пациентке при безводном промежутке 18 часов будет назначен антибиотик из группы

- тетрациклинов
- макролидов
- пенициллинов
- фторхинолонов

Учитывая ПРПВ, длительность безводного промежутка у данной пациентки, можно предположить развитие у нее осложнений

- тетрациклинов
- макролидов
- пенициллинов
- фторхинолонов

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Беременная, 28 лет, в сроке беременности 37 недель, поступила в стационар в сопровождении сотрудников СМП

### Жалобы

На слабость, головокружение, повышение А/Д

### Анамнез заболевания

Жалобы появились в 7:00, на фоне полного благополучия. Обратилась в женскую консультацию по месту жительства. При измерении артериального давления на двух руках показатели были следующие: левая рука - 160/95 мм.рт.ст, правая рука - 155/90 мм.рт.ст. Вызвана бригада СМП, которая доставила пациентку в стационар для дальнейшего обследования и лечения

### Анамнез жизни

- \* Первобеременная, первородящая
- \* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа
- \* Хронических заболеваний нет
- \* Не курит, алкоголь не принимает
- \* Операции отрицает
- \* Менструации с 14 лет, длительностью по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные
- \* Половая жизнь с 18 лет, в браке. Муж здоров, 32 года
- \* Гинекологические заболевания отрицает

Течение настоящей беременности:

- \* Первая половина: тошнота с утра, на 4-6 неделе.

Сведения из обменной карты:

- \* Общая прибавка веса за беременность 7 кг
- \* Показатели артериального давления в течение беременности в пределах нормы
- \* Микоплазмы, хламидии, уреоплазмы: данные ПЦР отрицательные.
- \* Бактериальный посев из цервикального канала: роста микрофлоры нет
- \* Бактериальный посев мочи: роста микрофлоры нет

Данные УЗИ:

- 1.Первый скрининг: патологии не обнаружено- риск общепопуляционный
- 2.Второй скрининг: патологии плода не выявлено
- 3.Третий скрининг: плод соответствует гестационному сроку

### Объективный статус

Рост 165 см. Вес 79 кг. Состояние средней тяжести. Температура тела 36,8°C.

Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Молочные железы мягкие, безболезненные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Ps 76 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД: 150/95 мм.рт.ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Матка в нормальном тоне. Шевеления плода ощущаются. Сердцебиение плода 151 уд. в минуту, ясное, ритмичное. Положение плода продольное, предлежит головка, расположенная над входом в малый таз. Пастозность голеней, стоп. Физиологические отправления в норме. Наружные половые органы развиты по женскому типу.

PV: не осмотрена в связи с тяжестью состояния.

Размеры таза: 27 см - 30 см - 32 см. С-21 см. Индекс Соловьева: 16 см.

Высота стояния дна матки: 35 см. Окружность живота: 105 см

Предполагаемый вес плода: 3675 г.

**Для постановки диагноза данной пациентке Вы назначили следующие лабораторные исследования**

- тетрациклинов
- макролидов
- пенициллинов
- фторхинолонов

**Результаты обследования**

**Для уточнения срока беременности и оценки состояния плода Вы назначили данной пациентке инструментальный метод исследования**

- тетрациклинов
- макролидов
- пенициллинов
- фторхинолонов

**Результаты обследования**

**На основании жалоб, анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования Вы поставили данной пациентке диагноз: Беременность 37 недель. Головное предлежание**

- тетрациклинов
- макролидов
- пенициллинов
- фторхинолонов

## **Диагноз**

**Лечение пациентки в данном случае будет проводиться в**

- амбулаторных условиях
- санаторно-курортных условиях
- стационарных условиях
- условиях дневного стационара

**С целью коррекции гипертензии необходимо назначить пациентке гипотензивный препарат**

- каптоприл
- верошпирон
- метилдопа
- дильтиазем

**В данной клинической ситуации предпочтительное введение гипотензивного препарата + \_\_\_\_\_ + путем**

- энтеральным
- внутривенным
- ингаляционным
- внутримышечным

**Эффективность проводимой гипотензивной терапии у данной пациентки будет оценена при**

- достижении целевых значений САД и ДАД
- отсутствии гипертонических кризов
- нормализации показателей клинического анализа крови
- нормализации УЗ-доплерометрических критериев

**Рекомендуется прекратить гипотензивную терапию данной пациентке в случае**

- стойкой нормализации показателей АД после родов
- выписки из стационара
- отсутствия жалоб со стороны беременной
- желаний беременной

**Вы - врач женской консультации, для быстрого снижения уровня АД такой пациентке, обратившейся на прием, предпочтительнее назначить**

- нифедипин
- верапамил
- урапидил
- метилдопу

### **Осложнением данного заболевания у пациентки может быть**

- приступ эклампсии
- гестационный сахарный диабет
- синдром задержки развития плода
- стенокардия напряжения

### **Показанием к экстренному родоразрешению у данной пациентки будет**

- наличие эклампсии в анамнезе
- нарастание тяжести преэклампсии
- концентрация тромбоцитов крови  $< 150 \times 10^9$
- срок беременности  $> 32$  недель

**В сроке беременности 24-34 недели у пациентов с преэклампсией, в случаях, когда не исключено родоразрешение в ближайшее время, рекомендуется назначить профилактику**

- наличие эклампсии в анамнезе
- нарастание тяжести преэклампсии
- концентрация тромбоцитов крови  $< 150 \times 10^9$
- срок беременности  $> 32$  недель

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

К врачу женской консультации обратилась беременная 35 лет для постановки на учет

### **Жалобы**

Нет

### **Анамнез жизни**

\* Аллергоанамнез: аллергическая реакция на антибиотики группы пенициллинов и цефалоспоринов.

\* Наследственность не отягощена

\* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная

оспа, ОРВИ, бронхиальная астма - Д наблюдение у пульмонолога, гипотиреоз

\* Оперативные вмешательства: отрицает.

### **Менструальная функция**

\* Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 5-6 дней, регулярные, безболезненные

Последняя менструация в срок

### **Генеративная функция**

\* Половая жизнь с 29 лет. Беременностей- 3

\* 3 медицинских аборта в сроке до 12 недель без осложнений, 1 – своевременные самопроизвольные роды в головном предлежании, без особенностей 5 лет назад

\* 5-я беременность – настоящая.

### **Течение данной беременности**

На учете в женской консультации не состояла. Со слов пациентки – находилась в сельской местности, в деревне. Данная беременность протекала без осложнений

### **Гинекологический анамнез**

Гинекологический анамнез: миома матки небольших размеров - диагностирована по УЗИ 2 года назад, хронический сальпингоофорит

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное.

\* Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые.

\* Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в минуту.

\* Пульс 80 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80, 130/80 мм. рт. ст .

\* Язык чистый, влажный.

\* Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах.

\* Мочеиспускание свободное, безболезненное.

\* Физиологические отправления в норме. Воды не подтекают

\* Выделения из половых путей – светлые, слизистые

\* Размеры таза: 25x27x31x21 см. Ромб Михаэлиса - 11\*10 см; индекс Соловьёва - 1.5; Окружность живота - 80 см.; ВДМ – 35 см.

\* Срок беременности: 35 недель по менструации

\* Шевеление плода ощущает хорошо. Положение плода продольное, над входом в малый таз пальпируется крупная часть плода, в дне матки определяется крупная, подвижная часть плода. Мелкие части плода пальпируются справа, спинка слева.

\* Сердцебиение плода 140 уд в минуту, ритмичное, ясное, выслушивается на

уровне пупка.

**\*Влагалищное исследование\*:** Наружные половые органы и влагалище развиты правильно. Взяты мазки.

Шейка матки отклонена кзади, плотноватой консистенции, 2,5 см длиной.

Наружный зев закрыт. Через своды определяется крупная часть плода, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые.

**Для уточнения срока беременности и предлежания плода Вы рекомендуете пациентке провести**

- наличие эклампсии в анамнезе
- нарастание тяжести преэклампсии
- концентрация тромбоцитов крови  $< 150 \times 10^9$
- срок беременности  $> 32$  недель

**Результаты обследования**

**Причинами формирования тазового предлежания плода у данной пациентки могло явиться многоводие и наличие у нее**

- субкомпенсированного гипотиреоза
- миомы матки
- абортов в анамнезе
- бронхиальной астмы

**Данной пациентке при постановке на учет для оценки состояния плода, помимо УЗИ с доплерометрией, Вы назначите**

- субкомпенсированного гипотиреоза
- миомы матки
- абортов в анамнезе
- бронхиальной астмы

**Результаты обследования**

**Для исправления положения плода в сроке беременности 36 недель Вы можете применить наружный поворот. Однако у данной пациентки подобная манипуляция не может быть выполнена из-за выявленного у нее относительного противопоказания, такого , как**

- многоводие
- хронический сальпингоофорит в анамнезе
- возраст женщины больше 35 лет

- бронхиальная астма в анамнезе

**Вы вынуждены отказаться от проведения наружного поворота у данной пациентки из-за выявленного у нее абсолютного противопоказания такого, как**

- многоводие
- хронический сальпингоофорит в анамнезе
- возраст женщины больше 35 лет
- бронхиальная астма в анамнезе

#### **Дополнительная информация**

Пациентку госпитализировали в родильный дом для обследования и решения вопроса о методе родоразрешения. В отделении патологии беременности (ОПБ) была обследована. Клинико-лабораторные показатели в пределах нормы. По данным УЗИ предполагаемая масса плода 3800г.

КТГ- нормальный тип кривой.

Диагноз: Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. Миома матки. Умеренное многоводие.

**Учитывая данные анамнеза и клинико-лабораторного обследования, Вы решаете выбрать родоразрешение путем**

- плановой операции кесарево сечение в сроке беременности 39-40 недель
- плановой амниотомии в сроке беременности 39-40 недель
- спонтанного начала родов и вести роды через естественные родовые пути
- родовозбуждения простагландинами в сроке беременности 39-40 недель

**Обоснованием для абдоминального родоразрешения у данной пациентки в плановом порядке явилось наличие у нее многоводия, миомы матки, ПМП-предполагаемой массы плода более 3800г и**

- паритета беременной
- плода мужского пола
- субклинического гипотиреоза
- более 3 абортов в анамнезе

**Перед операцией с целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений Вы назначили консультацию анестезиолога, компрессионный трикотаж, катетеризирование мочевого пузыря и**

- профилактику дистресс-синдрома плода
- катетеризирование мочеточников

- консультацию психолога
- антибиотикопрофилактику

**Для антибиотикопрофилактики, учитывая аллергическую реакцию пациентки на группу пенициллинов и цефалоспоринов, Вы примените комбинацию гентамицина сульфата и**

- сульфаниламида
- клиндамицина
- метронидазола
- преднизолона

**Допустимая физиологическая кровопотеря при кесаревом сечении составляет менее 10% от объема циркулирующей крови или до + \_\_\_\_\_ + мл**

- 1000
- 500
- 1500
- 2000

**Во время операции кесарево сечение в данной клинической ситуации Вы извлечете плод**

- 1000
- 500
- 1500
- 2000

#### **Дополнительная информация**

Данная пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения. Родился живой доношенный мальчик 3500 грамм, ростом 50см.

**На 3-4 сутки после операции при физиологическом течении послеоперационного периода, Вы назначите ей исследование клинического анализа крови и проведете**

- 1000
- 500
- 1500
- 2000

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Пациентка М, 36 лет, доставлена в многопрофильный стационар машиной скорой помощи

### **Жалобы**

На системное головокружение, умеренную диффузную головную боль, усиливающуюся при натуживании, кашле, чихании, слабость и онемение левых конечностей.

### **Анамнез заболевания**

Состояние развилось остро в течение суток на фоне приема комбинированного орального контрацептива - этинилэстрадиол 0,03 мг + дезогестрел 0,15 мг. Принимает контрацептив в течение трех месяцев. В связи с приемом КОК в приемное отделение вызван акушер-гинеколог.

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась по возрасту.
- \* Детские инфекции – ветряная оспа в 6 лет.
- \* Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает.
- \* Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: у отца в возрасте 50 лет ишемический инсульт.

### **Объективный статус**

- \* Состояние легкого оглушения. Телосложение астеническое, правильное. Питание пониженное. Рост 163 см, вес 47 кг. Кожные покровы чистые, бледные, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительные шумы в сердце при аускультации не выслушиваются. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- \* Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розового цвета, чистая. Шейка матки конической формы, визуально не изменена. Выделения слизистые умеренные.
- \* Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам исследования в данном случае относятся**

- 1000
- 500
- 1500

- 2000

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования в данном случае относятся**

- 1000
- 500
- 1500
- 2000

#### **Результаты инструментальных методов обследования**

**После проведенного дообследования пациентка переведена в отделение**

- нейрохирургии
- кардиохирургии
- терапии
- гинекологии

**На основании анамнеза, данных клинико-лабораторного и инструментального обследования, в нейрохирургическом отделении пациентке поставили диагноз острого нарушения мозгового кровообращения, фактором риска которого явился**

- нейрохирургии
- кардиохирургии
- терапии
- гинекологии

#### **Диагноз**

**После консультативного осмотра в нейрохирургическом отделении, тактикой врача акушера- гинеколога относительно контрацептивного препарата этинилэстрадиол 0,03 мг + дезогестрел 0,15 мг является**

- прием прежней дозы
- отмена препарата
- увеличение дозировки
- снижение дозировки

**Противопоказанием к дальнейшему применению комбинированных оральных контрацептивов у данной пациентки является**

- мигрень с очаговой неврологической симптоматикой
- мутация V коагуляционного фактора
- дефицит протеина C
- тромбоз в прошлом

**Длительная иммобилизация с точки зрения венозного тромбообразования у данной пациентки будет являться**

- методом раннего лечения
- способом профилактики
- дополнительным триггером
- нейтральным фактором

**Показанием к отмене комбинированного орального контрацептива у данной пациентки будет**

- тромбоз
- мигрень с очаговой неврологической симптоматикой
- ишемическая болезнь сердца
- дефицит протеина S

**Проведение менопаузальной заместительной терапии эстроген-прогестагенными препаратами у данной пациентки в постменопаузе**

- возможно, но через 1 год монотерапии эстрогенами
- противопоказано в 1-й год постменопаузы
- возможно, но через 2 года монотерапии эстрогенами
- противопоказано

**Альтернативой комбинированным оральным контрацептивам у данной пациентки является**

- антагонист прогестиновых рецепторов
- прием эстроген-гестагенного препарата
- парентеральный прием эстрогена
- внутриматочная контрацепция

**В данном случае нарушение мозгового кровообращения по типу ишемии на фоне острого церебрального тромбоза следует дифференцировать с**

- ишемической болезнью сердца
- гипертензией малого круга кровообращения
- геморрагическим инсультом
- сахарным диабетом с ангиопатией

## **Клиническими признаками тромбоза у данной пациентки являлись**

- ишемической болезнью сердца
- гипертензией малого круга кровообращения
- геморрагическим инсультом
- сахарным диабетом с ангиопатией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка Т., 45 лет, обратилась самостоятельно в приемное отделение центральной районной больницы. На консультацию вызван врач акушер-гинеколог.

### **Жалобы**

На боли в левой голени и в левом бедре.

### **Анамнез заболевания**

3 дня назад появились острые боли в верхней 1/3 левой голени, на фоне приема комбинированного оральное контрацептива (левоноргестрел 0,25мг + этинилэстрадиол 0,05 мг) в течение 2 месяцев. К моменту обращения присоединились острые боли в левом бедре.

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась по возрасту.
- \* Детские инфекции – ветряная оспа в 5 лет.
- \* Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает.
- \* Аллергоанамнез неотягощён.

### **Объективный статус**

- \* Гиперемия кожных покровов по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены на голени и бедре, включая нижнюю 1/3 бедра.
- \* Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розового цвета, чистая. Шейка матки чистая. Выделения слизистые умеренные.
- \* Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования в данном случае являются**

- ишемической болезнью сердца

- гипертензией малого круга кровообращения
- геморрагическим инсультом
- сахарным диабетом с ангиопатией

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования в данном случае относятся**

- ишемической болезнью сердца
- гипертензией малого круга кровообращения
- геморрагическим инсультом
- сахарным диабетом с ангиопатией

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**После проведенного дообследования пациентка направлена в отделение**

- терапии
- гинекологии
- травматологии
- хирургии

**На основании анамнеза и данных клинико-лабораторного и инструментального обследования в хирургическом отделении пациентке поставили диагноз острого поверхностного восходящего тромбоза варикозно расширенных вен левой ноги, который в данном клиническом случае следует считать следствием**

- терапии
- гинекологии
- травматологии
- хирургии

### **Диагноз**

**После консультативного осмотра в хирургическом отделении врач акушер-гинеколог назначил**

- снижение дозировки принимаемого контрацептива
- увеличение кратности приема контрацептива
- отмену принимаемого контрацептива
- увеличение дозировки принимаемого контрацептива

**В данной клинической ситуации основная роль в лечении пациентки принадлежит**

- травматологу и гематологу
- хирургу и гинекологу
- онкологу и анестезиологу
- эндокринологу и флебологу

**У данной пациентки для контрацепции в дальнейшем может использоваться**

- подкожный имплант с этоноргестрелом
- трансдермальный гель с эстрадиолом
- внутриматочная спираль
- парентеральные эстроген-гестагены

**Противопоказанием к дальнейшему применению комбинированного орального контрацептива у пациентки является**

- мигрень с очаговой неврологической симптоматикой
- дефицит протеина S
- эстроген-зависимые новообразования
- острый тромбоз

**У данной пациентки в первый год, после перенесенного острого тромбоза для предохранения от нежелательной беременности можно использовать**

- микродозированные пероральные КОК
- эстрогены в парентеральной форме
- барьерную контрацепцию
- парентеральные эстроген-гестагены

**По содержанию эстрогенов данный вид орального контрацептива (левоноргестрел 0,25 мг + этинилэстрадиол 0,05 мг) можно отнести к группе**

- среднедозированных
- низкодозированных
- микродозированных
- высокодозированных

**Повторные осмотры следует проводить не реже 1 раза в + \_\_\_\_ + мес в течение 1 года**

- 6
- 4

- 1
- 3

**К контрацептивным препаратам, который будет иметь наименьший тромботический риск у пациентки, относится внутриматочная спираль, содержащая**

- 6
- 4
- 1
- 3

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка А., 40 лет доставлена бригадой скорой помощи в областную больницу.

### **Жалобы**

На резкие боли в левой ноге, ее массивный отек и цианоз кожных покровов при вертикальном положении.

### **Анамнез заболевания**

3 дня назад появились острые боли в левой ноге и её отек, на фоне приема комбинированного орального контрацептива левоноргестрел 0,125мг+ этинилэстрадиол 0,05 мг в течении 3 месяцев. Назначена консультация врача-акушера-гинеколога (в связи с приемом КОК в анамнезе).

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась нормально, в своем физическом развитии не отставала от сверстников. Социально - бытовой анамнез: не отягощен. Профессиональный анамнез: не отягощен. Аллергический анамнез не отягощен. Аллергических реакций, непереносимости лекарственных средств - не отмечалось. Вредные привычки: курение (10 лет). Перенесенные заболевания: в детстве - детские инфекции, ОРВИ. Наличие сахарного диабета, туберкулеза, вирусного гепатита, венерических заболеваний отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Массивный отек и цианоз кожных левой ноги при вертикальном положении АД 120/80 мм рт. ст. Масса тела 68 кг, рост 166 см. Тоны сердца ясные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме, мочеиспускание в норме.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования в данном случае являются**

- 6
- 4
- 1
- 3

**Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования в данном случае относятся**

- 6
- 4
- 1
- 3

**Результаты инструментальных методов обследования**

**После дообследования пациентка направлена в отделение**

- хирургии
- терапии
- кардиологии
- гинекологии

**На основании анамнеза и данных клинико-лабораторного и инструментального обследования в хирургическом отделении пациентке поставили диагноз тотальный флеботромбоз глубоких вен левой ноги и левых подвздошных вен, фактором которого является**

- хирургии
- терапии
- кардиологии
- гинекологии

**Диагноз**

**После консультативного осмотра в хирургическом отделении, тактикой врача акушера-гинеколога относительно принимаемого контрацептива является**

- увеличение кратности приема
- увеличение дозировки

- снижение дозировки
- отмена препарата

**У данной пациентки курение в сочетании с приемом комбинированных оральных контрацептивов риск тромбозов**

- повысило
- не изменило
- незначительно снизило
- значительно снизило

**У данной пациентки для контрацепции можно использовать**

- парентеральные натуральные эстрогены
- микродозированные пероральные КОК
- парентеральные эстроген-гестагены
- внутриматочную спираль

**По содержанию эстрогенов данный вид орального контрацептива (левоноргестрел 0,125мг+ этинилэстрадиол 0,05 мг) можно отнести к группе**

- среднедозированных
- низкодозированных
- высокодозированных
- микродозированных

**Абсолютным противопоказанием к дальнейшему применению комбинированных оральных контрацептивов у пациентки является**

- стаж курения более 10 лет
- мигрень с очаговой неврологической симптоматикой
- атеросклеротическая болезнь
- острый тромбоз

**Проведение менопаузальной гормонотерапии у данной пациентки в постменопаузе**

- противопоказано
- показано прогестагенами
- возможно эстроген-гестагенами
- показано эстрогенами

**Разрешенным методом предохранения от нежелательной беременности у данной пациентки является**

- трансдермальный пластырь, содержащий эстрогены и гестагены
- барьерная контрацепция
- подкожные импланты, содержащие гестагены
- влагалищное кольцо, содержащее эстрогены и гестагены

**Контрацептивным препаратом, применение которого будет иметь наименьший тромботический риск у данной пациентки, является внутриматочная спираль, содержащая**

- трансдермальный пластырь, содержащий эстрогены и гестагены
- барьерная контрацепция
- подкожные импланты, содержащие гестагены
- влагалищное кольцо, содержащее эстрогены и гестагены

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка М., 37 лет доставлена бригадой скорой помощи в больницу скорой помощи

### **Жалобы**

Внезапно возникшая одышка, боль в грудной клетке.

### **Анамнез заболевания**

Заболела остро, машиной скорой медицинской помощи доставлена в приемный покой больницы скорой помощи. Поступила в отделение реанимации, назначена консультация врача-акушера-гинеколога (в связи с приемом комбинированного орального контрацептива ципротерон 2 мг+этинилэстрадиол 0,035 мг в течении 2 месяцев).

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась по возрасту.
- \* Детские инфекции – ветряная оспа в 5 лет, бронхиальная астма, последний приступ в 6 лет, аппендэктомия в 10 лет.
- \* Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает.
- \* Аллергоанамнез неотягощён.
- \* Начало менструаций с 13 лет, по 4 дня, через 28 дней; месячные регулярные, безболезненные. Беременности – 5, аборт – 1, роды – 4. В 27 лет – апоплексия кисты желтого тела правого яичника, лапаротомия. В 30 лет – киста желтого тела левого яичника.
- \* Наследственность: у сестры тромбоз глубоких вен нижних конечностей в 42

года.

\* Курит по 15 сигарет в день, 10 лет.

### **Объективный статус**

Состояние среднетяжелое. По шкале Глазго 13 баллов. АД 100/70 мм рт. ст. Масса тела 92 кг, рост 162 см. При аускультации выслушивается акцент 2 тона над аортой, шум трения плевры. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме, мочеиспускание в норме.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- трансдермальный пластырь, содержащий эстрогены и гестагены
- барьерная контрацепция
- подкожные импланты, содержащие гестагены
- влагалищное кольцо, содержащее эстрогены и гестагены

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся**

- трансдермальный пластырь, содержащий эстрогены и гестагены
- барьерная контрацепция
- подкожные импланты, содержащие гестагены
- влагалищное кольцо, содержащее эстрогены и гестагены

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании анамнеза и данных клинико- лабораторного и инструментального обследования в отделении реанимации пациентке поставили диагноз тромбоза легочной артерии, вероятной причиной которого явился**

- трансдермальный пластырь, содержащий эстрогены и гестагены
- барьерная контрацепция
- подкожные импланты, содержащие гестагены
- влагалищное кольцо, содержащее эстрогены и гестагены

### **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с**

- инфарктом миокарда

- межреберной невралгией
- приобретенной гемофилией
- острыми респираторными заболеваниями

**Рекомендуемая тактика ведения пациентки, с целью первичной тромбопрофилактики**

- прием высокодозированных комбинированных оральных контрацептивов
- прием витамина В9, низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов
- снижение массы тела, отказ от курения
- противовоспалительная терапия, контроль за липидным спектром крови

**После консультативного осмотра в отделении реанимации тактикой врача акушера-гинеколога относительно контрацептива будет следующая**

- отмена препарата
- снижение дозировки
- увеличение кратности приема
- увеличение дозировки

**Основной причиной тромбоэмболического осложнения при приеме комбинированного орального контрацептива ципротерон 2 мг+этинилэстрадиол 0,035 мг явилось содержание в нем**

- тестостерона
- дидрогестерона
- прогестерона
- эстрогена

**У данной пациентки для контрацепции можно использовать**

- микродозированные пероральные КОК
- парентеральные эстроген-гестагены
- натуральные эстрогены перорально
- внутриматочную спираль

**Разрешенным методом контрацепции у данной пациентки является**

- подкожные импланты
- трансдермальный пластырь
- инъекционные препараты
- презерватив

### **Дополнительными факторами риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентки являются**

- гипотензия, хирургические операции в анамнезе
- высокие физические нагрузки, употребление фруктов и овощей
- бронхиальная астма в анамнезе, употребление алкоголя
- курение, ожирение

### **На риск тромбоэмболических осложнений у пациентки не влияет**

- этинилэстрадиол
- увеличение массы тела
- прогестерон
- курение более 10 лет

### **По содержанию эстрогенов данный вид орального контрацептива (ципротерон 2 мг+ этинилэстрадиол 0,035 мг) можно отнести к группе**

- этинилэстрадиол
- увеличение массы тела
- прогестерон
- курение более 10 лет

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка М., 34 года доставлена бригадой скорой помощи в центральную районную больницу

### **Жалобы**

Внезапно возникшая одышка, боль в грудной клетке, тахикардия, чувство нехватки воздуха, кровохарканье.

### **Анамнез заболевания**

Заболела остро, машиной скорой медицинской помощи доставлена в приемное отделение. Проходит дообследование, назначена консультация акушера-гинеколога (в связи с приемом комбинированного орального контрацептива гестоден 0,075 мг + этинилэстрадиол 0,02 мг в течении 1,5 месяцев).

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась по возрасту.
- \* Детские инфекции – ветряная оспа в 7 лет.
- \* Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает.

\* Аллергоанамнез не отягощён. 2 месяца назад болела - ОРВИ (без повышения температуры).

\* Начало менструаций с 14 лет, по 5 дней, через 30 дней; менструации регулярные, безболезненные. Беременности – 0.

\* Курит по 15 сигарет в день, 12 лет. Прием алкоголя 1 раз в 2 недели.

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. По шкале Глазго 13 баллов. АД 100/60 мм рт. ст. Масса тела 70 кг, рост 164 см. при аускультации выслушивается акцент 2 тона на легочной артерии, шум трения плевры. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Поколачивание в поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферических отеков нет.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования в данном случае являются**

- этинилэстрадиол
- увеличение массы тела
- прогестерон
- курение более 10 лет

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования в данном случае относятся**

- этинилэстрадиол
- увеличение массы тела
- прогестерон
- курение более 10 лет

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **После дообследования пациентка переведена в отделение**

- терапии
- травматологии
- гинекологии
- реанимации

### **На основании анамнеза и данных клинико-лабораторного и инструментального обследования в отделении реанимации пациентке**

**поставили диагноз тромбоэмболии легочной артерии, фактором риска которой является**

- терапии
- травматологии
- гинекологии
- реанимации

### **Диагноз**

**После консультативного осмотра в отделении реанимации тактикой акушера-гинеколога относительно принимаемого контрацептива будет следующая**

- увеличение дозировки
- отмена препарата
- увеличение кратности приема
- снижение дозировки

**Абсолютным противопоказанием к дальнейшему применению комбинированного орального контрацептива у пациентки является**

- ТЭЛА
- острое респираторное заболевание
- длительный стаж курения
- прием алкоголя

**К механическим способам профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентки относятся**

- компрессионный трикотаж
- приём эноксапарина внутривенно
- холодные компрессы
- приём варфарина внутрь

**Разрешенным методом контрацепции у пациентки является**

- подкожные импланты (гестагены)
- презерватив
- инъекционные препараты (гестагены)
- трансдермальный пластырь (эстрогены+гестагены)

**Рекомендуемая тактика ведения пациентки с целью первичной тромбопрофилактики**

- отказ от курения
- увеличение приема жидкости до 3 л
- прием витамина С
- повышение массы тела

**Причиной повышения тромбоэмболических осложнений при приеме контрацептива (гестоден 0,075 мг + этинилэстрадиол 0,02 мг) является содержащийся в его составе**

- дидрогестерон
- тестостерон
- эстрадиол
- дексаметазон

**Проведение заместительной терапии эстроген-прогестагенными препаратами у пациентки в постменопаузе**

- противопоказано только 1 год постменопаузы
- противопоказано
- возможно, но через 1 год монотерапии эстрогенами
- не противопоказано

**Контрацепция, которая может быть рекомендована после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии в данной ситуации, будет следующая**

- противопоказано только 1 год постменопаузы
- противопоказано
- возможно, но через 1 год монотерапии эстрогенами
- не противопоказано

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к гинекологу пришла женщина 55 лет.

### **Жалобы**

На жжение и зуд в области влагалища и вульвы, болезненные ощущения во время полового акта, контактные кровянистые выделения.

### **Анамнез заболевания**

После менопаузы в течение 1 года испытывает боль во время полового акта, 6 месяцев назад начала чувствовать жжение в области влагалища и вульвы,

спустя еще один месяц появился зуд. К врачу не обращалась. 2 дня назад появились кровянистые выделения.

### **Анамнез жизни**

Первая менструация – 13 лет, цикл установился через месяц, менструации регулярные, менструальный цикл -29 дней, длительность менструации (4-5 дней), болезненность не отмечает, последняя менструация 1 год назад. В анамнезе 2 беременности, закончившиеся родами, гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: нет, аллергологический анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. АД 115/80 мм рт. ст. Масса тела 82 кг, рост 164 см. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме, мочеиспускание частое (до 8 раз в день), малыми порциями.

**\*Влагалищное исследование\*:** наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища бледная, стенка истончена, складчатость уменьшена, имеются единичные петехиальные кровоизлияния. Шейка матки чистая, атрофичная. Выделения слизистые скудные.

**\*Бимануально\*:** матка в физиологическом положение, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментально-лабораторными методами обследования, в данном случае, являются**

- противопоказано только 1 год постменопаузы
- противопоказано
- возможно, но через 1 год монотерапии эстрогенами
- не противопоказано

### **Результаты обследования**

#### **Учитывая рН влагалища пациентки, данные влагалищного исследования, индекс вагинального здоровья составляет 2 балла и характеризуется**

- выраженной атрофией
- отсутствием эластичности стенок влагалища
- обильным гнойным экссудатом стенок влагалища
- нерыхлым тонким эпителием стенок влагалища
- скудным поверхностным трансудатом

- наличием атипичных клеток стенок влагалища

**На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования, клиническим диагнозом в данной ситуации является**

- выраженной атрофией
- отсутствием эластичности стенок влагалища
- обильным гнойным экссудатом стенок влагалища
- нерыхлым тонким эпителием стенок влагалища
- скудным поверхностным трансудатом
- наличием атипичных клеток стенок влагалища

### **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с**

- эктопией шейки матки
- рецидивирующим бактериальным вагинозом
- невралгией пудендального нерва
- хроническим рецидивирующим эндометритом

**Лечение генитоуринарного менопаузального синдрома у пациентки основано на применении препаратов, содержащих**

- андрогены
- прогестерон
- эстриол
- пролактин

**Для гормональной терапии данного заболевания применяют эстриол в фармакологической форме**

- вагинальные свечи
- подкожные инъекции
- пероральные суспензии
- пероральные капсулы

**Лечение эстриолом в виде вагинальных свечей проводится в дозировке**

- 1,0 мг
- 0,1 мг
- 0,25 г

- 0,5 мг

**Лечебный эффект гормональной терапии у пациентки будет достигнут после применения эстриола в течение**

- 4-5 месяцев
- 6-12 месяцев
- 2-3 недель
- 1-2 месяцев

**Наблюдение за пациенткой проводится в течение 1 года терапии 1 раз в**

- 2-3 недели
- 2-3 месяца
- 12 месяцев
- 6 месяцев

**Контрольное обследование пациентки должно включать**

- анализ мочи по Нечипоренко
- посев из влагалища
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза
- проведение расширенной кольпоскопии

**В основе патогенеза заболевания данной пациентки лежит**

- снижение уровня андрогенов
- повышение уровня эстрогенов
- снижение уровня эстрогенов
- повышение уровня андрогенов

**Для проведения менопаузальной гормональной терапии данной пациентке нужно назначить препарат**

- снижение уровня андрогенов
- повышение уровня эстрогенов
- снижение уровня эстрогенов
- повышение уровня андрогенов

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

На приём к гинекологу пришла женщина 58 лет

## **Жалобы**

Недержание мочи, зуд, жжение, сухость во влагалище, раздражительность.

## **Анамнез заболевания**

Жалобы появились после менопаузы, наступившей 5 лет назад. На протяжении 3 лет отмечает недержание мочи, кровянистые выделения после полового акта.

## **Анамнез жизни**

Первая менструация в 11 лет, цикл установился через 3 месяца, цикл 28 дней, по 4-5 дней, менструации регулярные, безболезненные. Последняя менструация 5 лет назад. В анамнезе 2 беременности, 1 роды. Гинекологические заболевания отрицает. Аллергический анамнез не отягощён.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, АД 120/80, рост 168 см, масса тела 63 кг. Окраска кожных покровов бледно-розовая, кожные покровы чистые, эластичные. Видимые слизистые оболочки влажные, розовой окраски. Оволосение по женскому типу. Молочные железы симметричные, безболезненные. Живот в объеме не увеличен, безболезненный. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Исследование при помощи зеркал: стенка влагалища истончена, воспалена, складчатость уменьшена, имеются множественные петехиальные кровоизлияния. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный. Выделений нет. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

## **Необходимыми для постановки диагноза инструментально-лабораторными методами обследования, в данном случае, являются**

- снижение уровня андрогенов
- повышение уровня эстрогенов
- снижение уровня эстрогенов
- повышение уровня андрогенов

## **Результаты обследования**

**Учитывая pH влагалища пациентки, данные влагалищного исследования, индекс вагинального здоровья составляет 1 балл и характеризуется**

- обильными слизистыми выделениями
- отсутствием эластичности
- высшей степенью атрофии
- серозно-гнойным трансудатом
- наличием атипичных клеток стенок влагалища
- нерыхлым, тонким эпителием

**На основании данных анамнеза и клинко-лабораторного обследования, клиническим диагнозом в данной ситуации является**

- обильными слизистыми выделениями
- отсутствием эластичности
- высшей степенью атрофии
- серозно-гнойным трансудатом
- наличием атипичных клеток стенок влагалища
- нерыхлым, тонким эпителием

### **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с**

- рецидивирующим бактериальным вагинозом
- дисплазией шейки матки и влагалища
- хроническим рецидивирующим эндометритом
- невралгией pudendального нерва

**Основной стратегией при лечении генитоуринарного менопаузального синдрома в данном случае является заместительная терапия**

- глюкокортикостероидами
- эстрогенами
- прогестероном
- андрогенами

**В случае сочетания у пациентки генитоуринарного менопаузального синдрома с заболеваниями печени, поджелудочной железы, артериальной гипертензией, рекомендуемый путь введения эстрогенов**

- внутривенный
- пероральный
- вагинальный
- внутримышечный

**В качестве системной гормональной терапии данной пациентке можно назначить**

- эстриол 0,03 мг и лактобактерии 50 мг
- эстрадиол 0,5 мг и дроспиренон 0,25 мг
- эстриол 1 мг
- эстриол 500 мкг

**В качестве дополнительного лечения у пациентки могут проводиться такие мероприятия, как**

- сохранение регулярной половой жизни и тренировка мышц тазового дна
- повышение когнитивного резерва с помощью различных видов досуга
- сероводородные ванны
- приём прогестерон-содержащих препаратов и фолиевой кислоты

**Менопаузальная гормональная терапия у данной пациентки проводится в режиме**

- комбинированной терапии в непрерывном режиме
- монофазной терапии эстрогенами в непрерывном режиме
- монофазной терапии прогестероном в непрерывном режиме
- комбинированной терапии в циклическом режиме

**О восстановлении функционально активности ткани у данной пациентки при лечении генитоуринарного менопаузального синдрома вагинальными свечами будет указывать индекс вагинального здоровья, составляющий в баллах**

- 5,0
- 2,0
- 3,0
- 1,0-1,5

**При назначении менопаузальной гормонотерапии наблюдение за пациенткой проводится в течение 1 года терапии 1 раз в**

- 2-3 месяца
- 6 месяцев
- 2-3 недели
- 12 месяцев

### **У пациентки при адекватной гормональной терапии эстрогенами прогноз в отношении купирования симптомов и качества жизни**

- 2-3 месяца
- 6 месяцев
- 2-3 недели
- 12 месяцев

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к гинекологу пришла женщина 52 лет

### **Жалобы**

На дискомфорт и сухость во влагалище, болезненные половые акты

### **Анамнез заболевания**

Жалобы появились после менопаузы, наступившей 2 года назад. На протяжении 6 месяцев отмечает небольшие кровяные выделения, зуд и жжение во влагалище.

### **Анамнез жизни**

Менструация с 15 лет, цикл 28 дней, установился через 2 месяца, менструации безболезненные, длительностью 3-4 дня. Климактерический период наступил 2 года назад. В анамнезе 7 беременностей, 6 родов. Переболела в 21 год краснухой, аллергический анамнез не отягощён.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, телосложение правильное, рост 150 см, масса тела 65 кг, АД 140/92; кожные покровы умеренно влажные, живот безболезненный, мягкий, в легких выслушивается везикулярное дыхание. Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Слизистая оболочка бледная, имеет небольшие петехии. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный. Выделения слизистые скудные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих

сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

**Необходимыми для постановки диагноза инструментально-лабораторными методами обследования, в данном случае, являются**

- 2-3 месяца
- 6 месяцев
- 2-3 недели
- 12 месяцев

**Результаты обследования**

**Учитывая рН влагалища пациентки, данные влагалищного исследования, индекс вагинального здоровья составляет 3 балла и характеризуется**

- рыбным запахом из влагалища, наличием «ключевых» клеток
- атрофией клитора, отеком слизистой
- средней эластичностью
- увеличением объема половых губ
- творожистыми выделениями, жжением
- умеренной степенью атрофии

**На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования, клиническим диагнозом в данной ситуации является**

- рыбным запахом из влагалища, наличием «ключевых» клеток
- атрофией клитора, отеком слизистой
- средней эластичностью
- увеличением объема половых губ
- творожистыми выделениями, жжением
- умеренной степенью атрофии

**Диагноз**

**К проявлениям генитоуринарного менопаузального синдрома у пациентки относится**

- гипертрофия клитора
- атрофия влагалища
- паранеоплазия кожи

- удлинение шейки матки

**При наличии у пациентки абсолютных противопоказаний к МГТ для облегчения дискомфорта и снижения симптомов диспареунии используют негормональную терапию в виде**

- ректальных суппозиториев
- мазей на масляной основе
- лубрикантов
- щелочно-электролитных растворов

**В качестве локальной гормональной терапии для пациентки врач назначил**

- микронизированный прогестерон
- вагинальные эстрогены
- фитотерапию
- иглорефлексотерапию

**Необходимая длительность терапии эстриолом в месяцах составляет**

- 12
- 1
- 2-3
- 5-6

**В качестве системной гормональной терапии данной пациентке можно назначить**

- дидрогестерон
- дидрогестерон и эстрадиол
- тестостерон и эстрадиол
- этинилэстрадиол

**Лечебный эффект гормональной терапии у пациентки будет достигнут через**

- 6-12 месяца
- 1-3 месяца
- 2-3 недели
- 4-5 месяца

**Лечение пациентки эстриолом в виде свечей может проводиться в дозировке**

- 0,5 мг

- 0,25 г
- 1,0 мг
- 0,1 мг

### **Контрольное обследование пациентки должно включать**

- индекс состояния влагалища
- УЗИ органов брюшной полости
- расширенную кольпоскопию
- исследование ФСГ, ЛГ

### **В основе патогенеза заболевания данной пациентки лежит**

- индекс состояния влагалища
- УЗИ органов брюшной полости
- расширенную кольпоскопию
- исследование ФСГ, ЛГ

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к гинекологу обратилась женщина 57 лет.

### **Жалобы**

Сухость, жжение и зуд в области влагалища и вульвы, дискомфорт и кровянистые выделения во время полового акта, учащенное мочеиспускание.

### **Анамнез заболевания**

После менопаузы в течение 2 лет испытывает боль во время полового акта, 6 месяцев назад начала чувствовать жжение в области влагалища и вульвы, спустя 1,5 месяца появился зуд. К врачу не обращалась. 7 дней назад появились кровянистые выделения во время полового акта.

### **Анамнез жизни**

Первая менструация – 15 лет, цикл установился через 2 месяца, менструации регулярные, менструальный цикл -32 дня, длительность менструации (3-5 дней), болезненность не отмечает, последняя менструация 3 года назад. В анамнезе 2 беременности: первая беременность – неразвивающаяся беременность 7-8 недель; вторая беременность – закончилась естественными родами в срок, гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: нет, аллергологический анамнез не отягощен.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. АД 125/90 мм рт. ст. Масса тела 76 кг, рост 170 см. Тоны сердца ясные, не приглушены. В легких прослушивается везикулярное дыхание, шумов и хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме, мочеиспускание частое и болезненное (до 8-10 раз в день), малыми порциями. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища бледная, стенка истончена, складчатость уменьшена, имеются единичные петехиальные кровоизлияния. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный. Выделения слизистые скудные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

## **Необходимыми для постановки диагноза инструментально-лабораторными методами обследования в данном случае являются**

- индекс состояния влагалища
- УЗИ органов брюшной полости
- расширенную кольпоскопию
- исследование ФСГ, ЛГ

## **Результаты обследования**

### **Учитывая рН влагалища пациентки, данные влагалищного исследования, индекс вагинального здоровья составляет 2 балла и характеризуется**

- выраженной атрофией
- рыбным запахом из влагалища, наличием «ключевых» клеток
- увеличением объема половых губ
- творожистыми выделениями, жжением

### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- выраженной атрофией
- рыбным запахом из влагалища, наличием «ключевых» клеток
- увеличением объема половых губ
- творожистыми выделениями, жжением

## **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с**

- невралгией пудендального нерва
- дисплазией шейки матки и влагалища
- хроническим рецидивирующим эндометритом
- рецидивирующим бактериальным вагинозом

**Основной стратегией при лечении генитоуринарного менопаузального синдрома в данном случае является заместительная терапия**

- прогестероном
- эстрогеном
- L-тироксинам
- андрогеном

**Для терапии данного заболевания применяют эстриол в фармакологической форме**

- пероральные драже
- подкожные инъекции
- пероральные суспензии
- вагинальные свечи

**Лечение эстриолом в виде свечей проводится в дозировке**

- 0,25 г
- 2,0 мг
- 0,1 мг
- 0,5 мг

**В качестве системной гормональной терапии данной пациентке можно назначить**

- эстриол 1 мг (крем)
- эстрадиол 1 мг и дроспиренон 2 мг
- эстриол 500 мкг (свечи)
- эстриол 0,03 мг и лактобактерии 50 мг

**В качестве вспомогательного лечения у пациентки могут проводиться такие мероприятия, как**

- витаминотерапия
- тренировка мышц тазового дна
- приём дидрогестерона

- регулярные консультации гинеколога

**Эффективность лечения у пациентки будет оцениваться по динамике клинических проявлений и данных обследования через**

- 1-2 недели
- 3-4 недели
- 3 месяца
- 6 месяцев

**Контрольное обследование пациентки должно включать**

- определение ТТГ
- УЗИ органов брюшной полости
- расширенную кольпоскопию
- индекс состояния влагалища

**При восстановлении функциональной активности ткани у данной пациентки при лечении генитоуринарного менопаузального синдрома вагинальными свечами индекс состояния влагалища в баллах будет равен**

- определение ТТГ
- УЗИ органов брюшной полости
- расширенную кольпоскопию
- индекс состояния влагалища

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу акушеру-гинекологу обратилась женщина возрасте 61 года.

### **Жалобы**

На сухость и жжение во влагалище и в области вульвы, дискомфорт и кровянистые выделения во время полового акта.

### **Анамнез заболевания**

В течение 1 года испытывает боль во время полового акта, 6 месяцев назад начала чувствовать жжение в области влагалища и вульвы, спустя 1,5 месяца появился зуд. К врачу не обращалась. 10 дней назад появились кровянистые выделения во время полового акта.

### **Анамнез жизни**

\* Первая менструация – 14 лет, цикл установился через 1 год, менструации

регулярные, безболезненные, обильные, менструальный цикл - 28 дней, длительность - 5 дней, последняя менструация 11 лет назад.

\* В анамнезе 1 беременность: закончилась естественными родами в срок, гинекологические заболевания отрицает.

\* Перенесенные заболевания: нет, аллергологический анамнез не отягощен. Операции, травмы: аппендэктомия в 17 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. АД 130/90 мм рт. ст. Масса тела 53 кг, рост 158 см. Тоны сердца ясные, не приглушены. В легких прослушивается везикулярное дыхание, шумов и хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме, мочеиспускание частое, малыми порциями.

\*Влагалищное исследование\*: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища воспалена, стенка истончена, складчатость уменьшена, имеются множественные участки кровоизлияния. Шейка матки цилиндрической формы, атрофичная. Выделений нет.

\*Бимануально\*: матка в физиологическом положении, атрофичная, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментально-лабораторными методами обследования в данном случае являются**

- определение ТТГ
- УЗИ органов брюшной полости
- расширенную кольпоскопию
- индекс состояния влагалища

### **Результаты обследования**

#### **Учитывая рН влагалища пациентки, данные влагалищного исследования, индекс вагинального здоровья составляет 1 балл и характеризуется**

- нерыхлым, тонким эпителием
- обильными слизистыми выделениями
- наличием атипичных клеток стенок влагалища
- высшей степенью атрофии
- отсутствием эластичности
- серозно-гнойным трансудатом

**На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования, клиническим диагнозом в данной ситуации является**

- нерыхлым, тонким эпителием
- обильными слизистыми выделениями
- наличием атипичных клеток стенок влагалища
- высшей степенью атрофии
- отсутствием эластичности
- серозно-гнойным трансудатом

### **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с**

- хроническим рецидивирующим эндометритом
- невралгией пудендального нерва
- хроническим рецидивирующим циститом
- рецидивирующим бактериальным вагинозом

**Основной стратегией при лечении генитоуринарного менопаузального синдрома в данном случае является применение препаратов, содержащих**

- пролактин
- андрогены
- прогестерон
- эстрогены

**Препаратом выбора для лечения генитоуринарного менопаузального синдрома у данной пациентки будет**

- тестостерон
- этинилэстрадиол
- пролактин
- эстриол

**Для гормональной терапии данного заболевания применяют эстриол в фармакологической форме**

- вагинальные свечи
- вагинальные капсулы
- подкожные инъекции

- пероральные суспензии

**Для лечения генитоуринарного синдрома возможно применять комбинированные вагинальные препараты, содержащие, помимо эстрогенов,**

- микронизированный прогестерон
- кетоконазол
- лактобактерии
- амоксициллин

**Лечебный эффект гормональной терапии у пациентки будет достигнут после применения эстриола в течение**

- 10 месяцев
- 2-3 месяцев
- 4-5 недель
- 1,5-2,0 лет

**При назначении терапии местными эстрогенами, наблюдение за пациенткой проводится в течение года один раз в**

- 6 недель
- 2 месяца
- 3 недели
- 6 месяцев

**Эстрогенный дефицит у данной пациентки может служить причиной атрофии влагалищных стенок и их опущения, что приведет к расстройствам**

- пищевого поведения, телосложения
- полового поведения, сна
- овариально-менструальной функции
- мочеиспускания, дефекации

**У пациентки при адекватной гормональной терапии эстрогенами прогноз в отношении купирования симптомов и качества жизни**

- пищевого поведения, телосложения
- полового поведения, сна
- овариально-менструальной функции
- мочеиспускания, дефекации

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На прием к гинекологу женской консультации обратилась пациентка 38 лет

### Жалобы

- \* на белые густые, творожистые выделения из половых путей,
- \* на зуд, жжение кожи и слизистых оболочек аногенитальной области, которые связала с переходом на ежедневные прокладки новой фирмы
- \* на дискомфорт во время половых контактов

### Анамнез заболевания

- \* Вышеуказанные жалобы продолжаются в течение 5 дней
- \* Обратилась к гинекологу в женскую консультацию

### Анамнез жизни

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность неотягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: скарлатина, краснуха в детстве, страдает СД II типа в течение 3-х лет.
- \* Ожирение 1 степени.
- \* Наблюдение у эндокринолога - принимает сахароснижающие препараты
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.

### Менструальная функция

- \* Менструации с 13 лет, установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные.
- \* Последняя менструация две недели назад, в срок, обычного характера

### Генеративная функция

- \* Половая жизнь с 18 лет, брак первый, от беременности не предохраняется.
- \* Беременности - 2: роды - 1 - своевременные, самопроизвольные, без осложнений, Аборт - 1, искусственный, без осложнений

### Гинекологический анамнез

- \* Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки, не лечилась. Осмотр у гинеколога проходила 6 месяцев назад

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Рост 166 см. Вес 97 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 78 уд/мин, ритмичный.

Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.

### **Гинекологический статус**

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Слизистая вульвы и влагалища отечна, резко гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, не деформирована, эрозирована, гиперемирована. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Тело матки нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон без особенностей, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей белые густые, творожистые, обильные

### **В данном клиническом случае необходимо провести дифференциальную диагностику с острым**

- кандидозным вульвовагинитом
- бактериальным вульвовагинитом
- трихомонадным вульвовагинитом
- уреоплазменным вульвовагинитом

### **Верификация диагноза вульвовагинального кандидоза в данном клиническом случае проводится на основании результатов лабораторных исследований микроскопическим, культуральным или + \_\_\_\_\_ + методом**

- кандидозным вульвовагинитом
- бактериальным вульвовагинитом
- трихомонадным вульвовагинитом
- уреоплазменным вульвовагинитом

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Для повышения эффективности диагностики данной пациентке химические, биологические или алиментарные провокации**

- рекомендуются только биологические
- не рекомендуются
- рекомендуются химические и алиментарные
- рекомендуются только алиментарные

**Подтвердив диагноз вульвовагинального кандидоза, данной пациентке будет назначено лечение**

- атимикотическими препаратами
- антипротозоидными препаратами
- антибиотиками широкого спектра действия
- иммуномодулирующими препаратами

**К эндогенным факторам риска развития вульвовагинального кандидоза у данной пациентки могут относиться сахарный диабет и**

- отсутствие контрацепции
- эрозия шейки матки
- ношение ежедневных прокладок
- ожирение

**Целью лечения вульвовагинального кандидоза в данном клиническом случае является клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений и**

- повышение фертильности
- предупреждение инфицирования других лиц
- уменьшение частоты рецидивов
- нормализация лабораторных показателей

**Излеченность вульвовагинального кандидоза у данной пациентки Вы установите на основании микроскопического метода и**

- иммуноферментного (ИФА)
- микробиологического
- иммунофлюоресцентного (ПИФ)
- иммуногистохимического

**Результат лечения вульвовагинального кандидоза на основании микроскопического и микробиологического методов будет установлен через + \_\_\_\_ + после окончания лечения**

- месяц
- 7 дней
- 14 дней
- 21 день

**В период лечения и диспансерного наблюдения до установления окончания лечения пациентке рекомендовано воздержаться от половых контактов или использовать**

- спермицидные вагинальные препараты
- интравагинальную антимикотическую терапию
- барьерную контрацепцию
- гормональную контрацепцию

**После получения отрицательных результатов контрольного обследования диспансерное наблюдение пациентке**

- рекомендуется в течение 6 месяцев
- не показано
- необходимо в течение 2 месяцев
- рекомендуется в течение 12 месяцев

**При отсутствии эффекта от курса проведенной терапии, в случае возникновения рецидива у данной пациентки, нужно провести**

- повторную микроскопию отделяемого влагалища
- ПЦР диагностику вагинального отделяемого в реальном масштабе времени
- цитологическое исследование шейки матки
- бактериальный посев содержимого влагалища

**С целью предотвращения повторных эпизодов рецидивирования вульвовагинального кандидоза пациентке будет рекомендовано отказаться от регулярного использования гигиенических прокладок, пройти обследование и лечение по поводу эрозии шейки матки у гинеколога и**

- повторную микроскопию отделяемого влагалища
- ПЦР диагностику вагинального отделяемого в реальном масштабе времени
- цитологическое исследование шейки матки
- бактериальный посев содержимого влагалища

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка А, 24 года обратилась к врачу-гинекологу женской консультации на 10 день менструального цикла с жалобами на сильную боль во время менструации, обильное менструальное кровотечение, длящееся 7-8 дней.

## **Жалобы**

- \* Боль в нижних отделах живота, усиливающаяся во время менструации
- \* Мажущие межменструальные кровянистые выделения из влагалища, возникающее до и после менструации и длящиеся 1-2 дня
- \* Обильные длительные менструации до 7-8 дней

## **Анамнез заболевания**

- \* Характер менструации изменился за последние 1,5 года. Менструальное кровотечение стало длительнее на 4 дня, что составило 7-8 дней, интенсивнее и болезненнее.
- \* Последние 2 менструальных цикла стала замечать мажущие кровянистые выделения из влагалища, возникающее до и после менструации и длящиеся 1-2 дня.
- \* Пациентку беспокоит тянущая боль в области нижних отделов живота, усиливающаяся во время менструации.
- \* В связи с чем обратилась к гинекологу на прием.

## **Анамнез жизни**

- \* Соматические заболевания – бронхиальная астма, стадия ремиссии
- \* Профессиональных вредностей не имеет
- \* Аллергоанамнез не отягощен.
- \* Менструации с 12 лет, установились сразу, менструальный цикл 28-30 дней, менструации по 3 дня (удлинились до 7-8 дней), обильные, болезненные
- \* В браке состоит 3 года, детей нет
- \* От беременности не предохраняется
- \* Беременности-0, Роды-0, Аборты-0.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 159 см. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы влажные, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в области нижних отделов живота. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень, селезенка не увеличены. Стул нормальный, мочеиспускание частое, безболезненное.

Гинекологический осмотр:

- \* в зеркалах – шейка матки чистая, цилиндрической формы.
- \* при бимануальном исследовании – матка шаровидной формы, крупнее нормы, безболезненная. Придатки четко не определяются, область их безболезненная.

**Для постановки диагноза данной пациентке необходимо назначить следующее лабораторное исследование**

- повторную микроскопию отделяемого влагалища
- ПЦР диагностику вагинального отделяемого в реальном масштабе времени
- цитологическое исследование шейки матки
- бактериальный посев содержимого влагалища

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**С целью верификации диагноза необходимо назначить данной пациентке инструментальные методы диагностики**

- повторную микроскопию отделяемого влагалища
- ПЦР диагностику вагинального отделяемого в реальном масштабе времени
- цитологическое исследование шейки матки
- бактериальный посев содержимого влагалища

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании жалоб, анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования данной пациентке можно поставить следующий диагноз**

- повторную микроскопию отделяемого влагалища
- ПЦР диагностику вагинального отделяемого в реальном масштабе времени
- цитологическое исследование шейки матки
- бактериальный посев содержимого влагалища

### **Диагноз**

**Дальнейшее обследование и лечение данной пациентки должно проводиться в**

- условиях стационара многопрофильной больницы
- отделении реанимации и интенсивной терапии
- санаторно-курортных условиях
- амбулаторных условиях

**Целью консервативной терапии эндометриоза у данной пациентки является профилактика**

- рецидивов заболевания
- хронического эндометрита
- маточного кровотечения

- эктопической беременности

**Лечебная тактика заключается в данном случае в комбинации**

- антианемической терапии с иАПФ
- НПВС с гемостатической терапией
- антибактериальной терапии с КОК
- гормональной терапии с НПВС

**При оперативном лечении данной пациентки предпочтительным хирургическим доступом является**

- комбинацию хирургических доступов
- влагалищный
- лапаротомический
- лапароскопический

**Эффективность консервативной терапии у данной пациентки будет оцениваться в течение**

- 1 недели
- 1 месяца
- 3 месяцев
- 6 месяцев

**В качестве гормональной терапии эндометриоза у данной пациентки используют**

- ингибиторы ароматазы
- агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
- антигестагенные препараты
- глюкокортикостероиды

**На фоне гормональной терапии эндометриоза побочными эффектами являются**

- межменструальные кровотечения
- поликистоз яичников
- головная боль
- первичное бесплодие

**При случайном обнаружении очагов эндометриоза во время операции необходимо предложить пациентке**

- удалить очаги эндометриоза
- провести пангистероэктомию
- провести гистероэктомию
- сделать аднексэктомию

#### **«Золотым стандартом» диагностики эндометриоза считают**

- удалить очаги эндометриоза
- провести пангистероэктомию
- провести гистероэктомию
- сделать аднексэктомию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 64 лет обратилась к акушеру-гинекологу женской консультации

### **Жалобы**

На периодические кровянистые выделения из половых путей, периодически возникающая схваткообразная боль внизу живота, учащенное мочеиспускание.

### **Анамнез заболевания**

Вышеописанные симптомы впервые появились 3 месяца назад. К врачу не обращалась.

### **Анамнез жизни**

- \* Соматический статус: хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа.
- \* Менструальная функция - менархе с 10 лет, установились сразу, по 5 дней, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные.
- \* Генеративная функция - Беременностей - 2, Родов - 0, 2 - искусственных аборта, без осложнений.
- \* Менопауза с 55 лет.
- \* Курит более 40 лет, по 1 пачке сигарет в день; алкоголем не злоупотребляет
- \* Профессиональных вредностей не имеет.
- \* Аллергологический анамнез: не отягощен
- \* Наследственность: у бабушки по материнской линии – миома матки.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 88 кг, рост 158 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы: нормальной окраски и влажности. Склеры физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы: не увеличены. Периферические отеки не визуализируются. Периферические

артерии и вены: пульсация на периферических артериях достаточная, вены не расширены, пульс 76 уд в мин..

\* Аускультативно: тоны сердца ясные, шумов нет. Частота дыхания в мин: 16.

\* Живот при пальпации: мягкий, безболезненный. Печень: не увеличена, пальпация безболезненна.

\* Физиологические отправления: без особенностей, со слов больной.

\* Гинекологический статус: наружные половые органы развиты соответственно возрасту. Паховые лимфоузлы не увеличены.

PS: выделения из половых путей кровянистые, скудные. Слизистая влагалища бледно-розового цвета, атрофична. Влагалищная часть шейки матки визуально не изменена.

PV: Тело матки увеличено до 14-15 недель условной беременности, деформировано за счет множественных плотных узлов, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Инфильтратов в малом тазу нет.

**Для постановки диагноза данной пациентке должно быть назначено следующее лабораторное исследование**

- удалить очаги эндометриоза
- провести пангистероэктомию
- провести гистероэктомию
- сделать аднексэктомию

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Для уточнения диагноза данной пациентке нужно назначить инструментальный метод диагностики**

- удалить очаги эндометриоза
- провести пангистероэктомию
- провести гистероэктомию
- сделать аднексэктомию

**Результаты инструментального метода обследования**

**Для планирования лечения и исключения патологии эндометрия у данной пациентки будет назначено**

- удалить очаги эндометриоза
- провести пангистероэктомию

- провести гистерэктомию
- сделать аднексэктомию

## **Результаты обследования**

**Для постановки диагноза необходимо провести дифференциальную диагностику с**

- опухолью яичника
- гиперплазией эндометрия
- генитальным эндометриозом
- опухолью кишечника

**На основании жалоб, анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования данной пациентке можно поставить диагноз**

- опухолью яичника
- гиперплазией эндометрия
- генитальным эндометриозом
- опухолью кишечника

## **Диагноз**

**Данной пациентке должно быть предложено**

- динамическое наблюдение
- лекарственную терапию
- консервативное лечение
- оперативное лечение

**Оптимальным объемом хирургического вмешательства в данной клинической ситуации будет**

- лапароскопия, миомэктомию
- лапаротомия, миомэктомию
- лапароскопия, гистераднексэктомию
- лапаротомия, гистераднексэктомию

**Причиной развития миомы матки у данной пациентки может быть**

- отсутствие родов в анамнезе
- курение пациентки

- возраст пациентки
- сахарный диабет 2 типа

### **После хирургического лечения данной пациентки в качестве реабилитации рекомендован**

- менопаузальная гормональная терапия
- половой и физический покой в течении 1,5-2 месяца
- половой и физический покой в течении 6-12 месяцев
- реабилитация не требуется

### **Профилактика рецидива миомы матки после выполненного хирургического лечения**

- предусмотрена, отказ от курения
- не предусмотрена
- предусмотрена, активный образ жизни
- предусмотрена, гормональная терапия

### **Для коррекции анемии у данной пациентки препаратами выбора являются**

- эритроцитарная масса
- препараты железа сульфата
- поливитаминные комплексы
- плазма крови

### **При выписке из стационара пациентке рекомендуется**

- эритроцитарная масса
- препараты железа сульфата
- поливитаминные комплексы
- плазма крови

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 36 лет бригадой скорой медицинской помощи доставлена в гинекологический стационар

### **Жалобы**

- \* На боли в области нижних отделах живота, иррадиирующие в область крестца,
- \* На повышение температуры тела до 38,3°C ,

- \* Тошноту, слабость
- \* Выделения с неприятным запахом из половых путей зеленоватого цвета.

### **Анамнез заболевания**

В новогодние праздники переохладилась на даче у друзей. На следующее утро почувствовала недомогание и слабость, поднялась температура до 37,4°C и ноющая боль в нижних отделах живота, к врачу не обращалась, приняла таблетированную форму нестероидного противовоспалительного средства 400 мг (2 таблетки) и легла спать. Проснулась вечером, в поту, состояние ухудшилось и появились выделения из половых путей зеленоватого цвета с неприятным запахом. В связи с чем и вызвала скорую медицинскую помощь, доставлена в гинекологический стационар

### **Анамнез жизни**

- \* Соматические заболевания - хронический гастрит, вне обострения
  - \* Курит по 4-5 сигарет в день в течение 11 лет
  - \* Профессиональных вредностей не имеет
  - \* Аллергическая реакция - бытовая (контактный дерматит) на некоторые виды моющих средств
  - \* Менструации с 13 лет, установились сразу, менструальный цикл 30 дней, менструации по 5 дней, умеренные, без болезненные .
  - \* Половая жизнь с 20 лет. В браке состоит
- Генеративная функция: было 3 беременности: 2 самопроизвольных своевременных родов, без осложнений и 1 искусственный аборт без осложнений.
- \* В анамнезе - установка внутриматочной спирали - ВМК 2 года назад

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 164 см. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы влажные, теплые. Визуализируется на верхней губе - Herpes labialis. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 уд/мин, АД 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в области нижних отделов живота. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень, селезенка не увеличены. Стул нормальный, мочеиспускание частое, безболезненное.

Гинекологический осмотр:

- \* в зеркалах – воспалительный эндоцервицит, серозно-гноевидные выделения,
- \* при бимануальном исследовании – тело матки обычных размеров, умеренно подвижное, чувствительное при пальпации, плотное.
- \* придатки четко не определяются, болезненные, отечные, тестообразной консистенции.

**Для постановки диагноза данной пациентке Вы назначите следующее лабораторное исследование**

- эритроцитарная масса
- препараты железа сульфата
- поливитаминные комплексы
- плазма крови

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Для верификации диагноза Вы назначите данной пациентке инструментальный метод диагностики**

- эритроцитарная масса
- препараты железа сульфата
- поливитаминные комплексы
- плазма крови

**Результаты инструментального метода обследования**

**На основании жалоб, анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования Вы поставили данной пациентке диагноз**

- эритроцитарная масса
- препараты железа сульфата
- поливитаминные комплексы
- плазма крови

**Диагноз**

**Дальнейшее лечение данной пациентки Вы рекомендуете проводить в**

- условиях профилактического санатория
- условиях «дневного стационара»
- условиях стационара
- только в амбулаторных условиях (на дому)

**Попытка лечения пациентки с такой клинической картиной в амбулаторных условиях увеличивает риск развития**

- злокачественного новообразования яичников
- хронического бактериального цистита

- дисфункционального маточного кровотечения
- вторичного бесплодия

**Для лечения данной пациентки Вы назначите**

- нестероидные противовоспалительные препараты
- системные глюкокортикостероиды
- антибактериальную терапию
- комбинированные оральные контрацептивы

**Хирургическое вмешательство у данной пациентки будет показано при**

- неэффективности консервативной терапии в течение 24 часов
- нарастании клиники острого живота
- при положительном анализе на сифилис
- при положительным тесте на гонорею

**Вы предупредите пациентку, что наиболее частым осложнением перенесенного бактериального сальпингоофорита может быть**

- синдром поликистозных яичников
- гемолитико-уремический синдром
- бесплодие
- ДВС-синдром

**Вы считаете оптимальным объемом хирургического вмешательства в случае оперативного лечения у данной пациентки будет**

- тотальная гистерэктомия
- установка противоспаечного барьера
- тубэктомия
- субтотальная гистерэктомия

**Дренирование малого таза и брюшной полости после оперативного лечения острого сальпингоофорита Вы проведете**

- пациентам без наличия спаечного процесса
- имеющим сердечно-сосудистую патологию
- ВИЧ инфицированным пациентам
- всем пациентам

**В качестве профилактики Вы порекомендуете данной пациентке**

- использование барьерных методов контрацепции
- отказ от хронической никотиновой интоксикации
- спринцевание влагалища нитратом серебра
- отказ от соленой и острой пищи

**При хронизации воспалительного процесса у данной пациентки исследование на флору из уретры, цервикального канала и степень чистоты влагалища Вы рекомендуете проводить**

- использование барьерных методов контрацепции
- отказ от хронической никотиновой интоксикации
- спринцевание влагалища нитратом серебра
- отказ от соленой и острой пищи

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 45 лет поступила в гинекологическое отделение, доставлена бригадой скорой медицинской помощи

### **Жалобы**

На тянущие боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей

### **Анамнез заболевания**

На 2 ой день менструального цикла появились кровянистые обильные, со сгустками выделения из половых путей. Больна 8 дней. Лекарственные препараты не принимала, к врачу не обращалась. Сегодня утром кровянистые выделения усилились, вызвала бригаду скорой помощи и была госпитализирована в гинекологический стационар. Тошноты и рвоты не было. Последняя менструация в срок, на момент осмотра - 10 день менструального цикла. Лекарственные препараты не принимала.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает
- \* Менструации с 12 лет, установились сразу, менструальный цикл 28-30 дней, менструации по 5 дней, умеренные, без болезненные .
- \* Пациентка отмечает, что в течение года менструации стали длиннее (по 7-10 дней), болезненные, со сгустками. После менструаций бывают мажущие кровянистые выделения, длящиеся 3-4 дня. А также периодически беспокоят тянущие боли внизу живота.
- \* Половая жизнь с 20 лет. В браке состоит

Генеративная функция: было 4 беременности: 2 самопроизвольных своевременных родов, без осложнений и 2 искусственных аборта без осложнений. Контрацепция - барьерная

### **Объективный статус**

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, пульс – 76 уда в мин. АД 125/85 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Мочеиспускание без особенностей. Стул оформлен.

В зеркалах: Слизистая влагалища без видимой патологии. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, покрыта не измененным эпителием.

Выделения кровянистые, умеренные.

Бимануально: Наружный зев закрыт. Матка несколько больше нормы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, безболезненные при пальпации. Своды влагалища свободные, глубокие.

### **Для постановки диагноза данной пациентке Вы назначили следующее лабораторное исследование**

- использование барьерных методов контрацепции
- отказ от хронической никотиновой интоксикации
- спринцевание влагалища нитратом серебра
- отказ от соленой и острой пищи

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Для верификации диагноза Вы назначили данной пациентке инструментальный метод диагностики**

- использование барьерных методов контрацепции
- отказ от хронической никотиновой интоксикации
- спринцевание влагалища нитратом серебра
- отказ от соленой и острой пищи

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Для постановки диагноза Вы проведете дифференциальную диагностику между субмукозной миомой матки и**

- опухолью яичника
- гиперплазией эндометрия
- маточной беременностью

- полипом эндометрия

**На основании жалоб, анамнеза и клинико-инструментальных методов исследования Вы поставили данной пациентке диагноз**

- опухолью яичника
- гиперплазией эндометрия
- маточной беременностью
- полипом эндометрия

### **Диагноз**

**В качестве гемостатической терапии данной пациентке Вы можете назначить**

- транексамовую кислоту
- минадиона натрия бисульфит
- аминокaproновую кислоту
- перца водяного экстракт

**Для коррекции анемии у данной пациентки Вы назначите**

- эритроцитарную взвесь
- плазму крови
- поливитаминные комплексы
- препараты железа сульфата

**Учитывая данные анамнеза, жалоб и клинико-инструментального обследования, Вы предложите пациентке хирургическое лечение в объеме**

- выскабливания полости матки
- гистероскопической миомэктомии
- лапароскопической гистераднэкэктомии
- лапаротомной гистераднэкэктомии

**С целью подготовки к хирургическому удалению миоматозного узла Вы рекомендуете пациентке MRgFUS (фокусированную ультразвуковую (ФУЗ)-аблацию)**

- нет, противопоказания обусловлены состоянием органов гениталий
- да
- нет, противопоказания обусловлены общим состоянием пациентки

- нет, противопоказания, обусловлены техническими ограничениями системы для проведения MRgFUS терапии

### **В качестве предоперационной подготовки Вы назначите пациентке**

- комбинированные оральные гормональные контрацептивы
- агонистов гонадотропин-рилизинг гормона
- модуляторы рецепторов прогестерона
- внутриматочную левоноргестрел-содержащую систему

### **В послеоперационном периоде данной пациентке Вы назначите гормональную терапию**

- агонистами гонадотропин - рилизинг гормона
- гестаген-содержащими препаратами
- комбинированными гормональными контрацептивами
- ингибиторами ароматазы

### **Для контроля проведённого оперативного лечения данной пациентки Вы назначите**

- раздельное диагностическое выскабливание
- доплерометрическое исследование сосудов
- УЗИ малого таза
- контрольную гистероскопию

### **Пациентки, перенесшие миомэктомию, должны предохраняться от беременности в течении**

- раздельное диагностическое выскабливание
- доплерометрическое исследование сосудов
- УЗИ малого таза
- контрольную гистероскопию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 25 лет наблюдается в женской консультации по месту жительства. На сроке беременности 32 недели 6 дней обратилась на внеплановый прием к врачу-акушеру-гинекологу.

## **Жалобы**

На мучительный генерализованный кожный зуд, с усилением в ночное время.

## **Анамнез заболевания**

Впервые стала отмечать небольшой кожный зуд в области ладоней и стоп с усилением в ночное время около двух недель назад. Постепенно кожный зуд стал усиливаться и приобрел генерализованный характер.

## **Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает. В возрасте 5 лет перенесла ветряную оспу. Менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, метод контрацепции - барьерный. В анамнезе эктопия шейки матки, без терапии. Данная беременность 2. В конце III триместра первой беременности отмечала кожный зуд ладоней и стоп, говорили об изменениях в лабораторных исследованиях. Роды срочные на сроке беременности 39 недель, девочка 3800 г, 42 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. После родов кожный зуд почти сразу прошел, контроль лабораторных показателей не проводился. Дата последней менструации 17.05.2017 г. Оперативных вмешательств, гемотрансфузий никогда не было. Отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 55 лет, мать страдает желчнокаменной болезнью. На протяжении всей беременности принимает поливитамины для беременных. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Шевеления плода ощущает хорошо, активные. Вес (до беременности) 58 кг, рост 164 см, прибавка в весе к данному сроку беременности 6 кг. Кожный покров физиологической окраски. На коже груди, предплечий, спины видны следы экскориаций. АД на левой руке 145/80 мм рт ст, АД на правой руке 145/80 мм рт ст., пульс 90 уд./мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный. Окружность живота 86 см. Высота стояния дна матки 31 см. Матка при пальпации не возбуждима, положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз, подвижна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту. Печень и селезенка недоступны пальпации. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки расположена кзади, длиной 2,0 см, умеренно размягчена. Цервикальный канал закрыт. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые. Отеки голеней и стоп, больше справа.

**К необходимыми в данной клинической ситуации для постановки диагноза лабораторным исследованиям относится**

- раздельное диагностическое выскабливание
- доплерометрическое исследование сосудов
- УЗИ малого таза
- контрольную гистероскопию

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Дополнительным лабораторным исследованием, необходимым для постановки диагноза в данном случае, является анализ крови на**

- раздельное диагностическое выскабливание
- доплерометрическое исследование сосудов
- УЗИ малого таза
- контрольную гистероскопию

### **Результаты дополнительного лабораторного метода обследования**

**К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- раздельное диагностическое выскабливание
- доплерометрическое исследование сосудов
- УЗИ малого таза
- контрольную гистероскопию

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- раздельное диагностическое выскабливание
- доплерометрическое исследование сосудов
- УЗИ малого таза
- контрольную гистероскопию

### **Диагноз**

**В данной клинической ситуации в план дифференциального диагноза стоит включить**

- синдром Дабина-Джонсона

- тромбоз воротной вены
- HELLP-синдром
- холангит

**В данном случае лекарственной терапией первой линии является назначение лекарственных препаратов**

- силимарина
- урсодезоксихолевой кислоты (УДХК)
- эссенциальных фосфолипидов
- адеметионина

**Пациентке рекомендован прием урсодезоксихолевой кислоты в лечебной дозе + \_\_\_\_\_ + мг на килограмм массы тела в сутки**

- 30-40
- 5-10
- 25-30
- 10-20

**На фоне проводимой терапии жалобы сохраняются, в лабораторных показателях без динамики, в качестве усиления медикаментозной терапии Вы предпочтете лекарственные препараты**

- силимарина
- адеметионина
- эссенциальных фосфолипидов
- экстракта листьев артишока

**На фоне двухкомпонентной терапии произошло улучшение печеночных показателей, однако, кожный зуд, после краткосрочного уменьшения, вновь вернулся. Показанием к использованию эфферентных методов исследования в данном случае будет являться**

- генерализованный кожный зуд
- снижение уровня гемоглобина
- снижение уровня тромбоцитов
- нарастание уровня печеночных трансаминаз

**В послеродовом периоде в плане динамического наблюдения пациентке стоит рекомендовать контроль лабораторных показателей в течении + \_\_\_\_\_ + недель**

- 1-2
- 3-4
- 4-6
- 6-8

**Одним из основных терапевтических эффектов применения препаратов урсодезоксихолевой кислоты в лечении внутрипеченочного холестаза беременных является**

- уменьшение выраженности кожного зуда
- предупреждение неонатальной гибели плода
- предупреждение преждевременных родов
- профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных

**К осложнениям внутрипеченочного холестаза беременных относится**

- уменьшение выраженности кожного зуда
- предупреждение неонатальной гибели плода
- предупреждение преждевременных родов
- профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 19 лет наблюдается в женской консультации по месту жительства. На сроке беременности 27 недель 5 дней обратилась на внеплановый прием к врачу-акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На кожный зуд в области ладоней и стоп, который усиливается в ночное время.

### **Анамнез заболевания**

Возникновение кожного зуда отметила около 1 недели назад, связала с приемом витаминов для беременных и самостоятельно отменила их прием, однако кожный зуд сохраняется.

### **Анамнез жизни**

Пациентка наблюдается по месту жительства по поводу хронического тонзиллита. Привита по календарю. Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, через 30 дней по 6 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, метод контрацепции - барьерный. Данная беременность 1. Дата

последней менструации 18.05.2018 г. В возрасте 10 лет оперирована по поводу острого аппендицита, осложненного перитонитом, в послеоперационном периоде, со слов матери, проводились гемотрансфузии. Семейный анамнез не отягощен. До 12 недели беременности принимала фолиевую кислоту 400 мкг в сутки, с 12 недели беременности принимает поливитамины для беременных, препараты железа. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Шевеления плода ощущает хорошо, активные. Вес (до беременности) 80 кг, рост 164 см, прибавка в весе к данному сроку беременности 10 кг. Кожный покров физиологической окраски, чистый, без сыпи. АД на левой руке 110/60 мм рт ст, АД на правой руке 110/60 мм рт ст., пульс 76 уд./мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации мягкий, безболезненный. Окружность живота 82 см. Высота стояния дна матки 29 см. Матка при пальпации не возбудима, положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз, подвижна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту. Печень и селезенка недоступны пальпации. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки расположена кзади, длиной 3,0 см, умеренно размягчена. Наружный зев закрыт. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые. Пастозность стоп и голеней.

### **К необходимому в данной клинической ситуации для постановки диагноза лабораторным исследованиям относится**

- уменьшение выраженности кожного зуда
- предупреждение неонатальной гибели плода
- предупреждение преждевременных родов
- профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных

### **Результаты лабораторных исследований**

#### **Дополнительным лабораторным исследованием, необходимым для постановки диагноза в данном случае, является анализ крови на**

- уменьшение выраженности кожного зуда
- предупреждение неонатальной гибели плода
- предупреждение преждевременных родов
- профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных

## **Результаты лабораторных исследований**

### **К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится**

- уменьшение выраженности кожного зуда
- предупреждение неонатальной гибели плода
- предупреждение преждевременных родов
- профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- уменьшение выраженности кожного зуда
- предупреждение неонатальной гибели плода
- предупреждение преждевременных родов
- профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденных

## **Диагноз**

### **В первую очередь данной пациентке стоит рекомендовать применение лекарственных препаратов**

- урсодезоксихолевой кислоты (УДХК)
- силимарина
- артишока
- эссенциальных фосфолипидов

### **Вы порекомендуете прием урсодезоксихолевой кислоты в лечебной дозе + \_\_\_\_\_ + мг на килограмм массы тела в сутки**

- 5-10
- 10-20
- 20-30
- 30-40

**По прошествии одной недели от начала приема препаратов урсодезоксихолевой кислоты на повторном приеме пациентка отметила**

**сохранение жалоб на кожный зуд. В данном случае будет целесообразно дополнительно назначить прием**

- 5-10
- 10-20
- 20-30
- 30-40

**Предполагалось проведение плазмафереза, но Вы вынуждены от него отказаться в связи с выявленной у пациентки + \_\_\_\_\_ + , являющейся противопоказанием для проведения эфферентной терапии**

- лимфоцитопенией
- гипопротеинемией
- анемией легкой степени
- дислипидемией

**В данном случае показанием для досрочного родоразрешения может являться нарастание уровня**

- общих желчных кислот
- аланинаминотрансферазы
- аспартатаминотрансферазы
- гамма-глутамилтрансферазы

**В случае повторного наступления беременности риск развития внутрипеченочного холестаза беременных у пациентки составляет около + \_\_\_\_\_ + %**

- 70
- 10
- 100
- 50

**К этиологическим факторам внутрипеченочного холестаза беременных относятся**

- инфекционные
- радиационные
- генетические
- травматические

## **Повышение уровня МНО в крови у пациенток с внутрипеченочным холестазом беременных чаще всего обусловлено нарушением всасывания витамина**

- инфекционные
- радиационные
- генетические
- травматические

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 27 лет на сроке беременности 12 недель 4 дня обратилась на плановый прием к врачу-акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На изжогу, возникающую 1 раз в день, преимущественно во второй половине дня, в положении лежа после еды, иногда ночью.

### **Анамнез заболевания**

Изжога беспокоит около 2-3 недель, ничего не предпринимала. До беременности так же отмечала изжогу после приема в пищу томатов, шоколада, кофе, в ночное время и при наклонах вперед, самостоятельно принимала антацидные препараты, иногда омепразол с эффектом. Обращалась к врачу-терапевту была рекомендована ЭГДС, от проведения которой пациентка отказалась.

### **Анамнез жизни**

На протяжении 5 лет наблюдается у эндокринолога по поводу первичного субклинического гипотиреоза. Менструации с 14 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, метод контрацепции - барьерный. Данная беременность 4, в анамнезе привычный выкидыш. Пациентка обследована. В настоящее время ежедневно принимает калий йодид 200 мкг в сутки, дидрогестерон 20 мг в сутки, колекальциферол 2000 МЕ в сутки, натрия левотироксин 100 мкг в сутки. В анамнезе трижды выскабливания полости матки. Гемотрансфузий не было. Мать пациентки наблюдается по поводу АИТ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Вес (до беременности) 90 кг, рост 164 см. Кожный покров физиологической окраски. АД на левой руке 110/70 мм рт

ст, АД на правой руке 110/70 мм рт ст, пульс 96 уд./мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Матка увеличена в размерах до 12 недели беременности. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки расположена кзади, длиной 3,0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые, скудные.

**К необходимым в данной клинической ситуации лабораторным методам исследования относятся**

- инфекционные
- радиационные
- генетические
- травматические

**Результаты лабораторных методов обследования**

**К необходимым в данной клинической ситуации инструментальным методам исследования относятся**

- инфекционные
- радиационные
- генетические
- травматические

**Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании жалоб, анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно предположить наличие у пациентки**

- инфекционные
- радиационные
- генетические
- травматические

**Диагноз**

**В данном клиническом случае тактика ведения пациентки с признаками гастроэзофагеального рефлюкса будет строиться на рекомендации всего перечисленного кроме**

- соблюдения рекомендаций по питанию
- соблюдения определенного образа жизни
- медикаментозной терапии
- хирургического лечения

**Целесообразно в данном случае рекомендовать питание + \_\_\_\_\_ + раза в сутки**

- 4-5
- 6-7
- 3-4
- 1-2

**Вы порекомендуете пациентке в своем рационе избегать употребление + \_\_\_\_\_ + в любом виде**

- морской рыбы и морепродуктов
- кисломолочных продуктов
- овощей
- томатов

**Из лекарственных препаратов, которые принимает пациентка, снижать тонус нижнего пищеводного сфинктера и провоцировать гастроэзофагиальный рефлюкс может**

- натрия левотироксин
- колекальциферол
- дидрогестерон
- калия йодид

**С целью облегчения симптомов рефлюкса при недостаточной эффективности от соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни и коррекции питания, Вы, в первую очередь, порекомендуете пациентке прием**

- натрия левотироксин
- колекальциферол
- дидрогестерон
- калия йодид

**Наиболее эффективным будет являться назначение пациентке препаратов**

- ингибиторов протонной помпы
- прокинетики

- блокатор H<sub>2</sub>-рецепторов
- антацидов

**С учетом наибольшей изученности в период беременности в данном случае целесообразно рекомендовать прием + \_\_\_\_\_ + из группы ингибиторов протонной помпы**

- пантопразола
- декслансопразола
- лансопразола
- омепразола

**Обострению ГЭРБ во время беременности способствует**

- снижение тонуса парасимпатической нервной системы
- снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- увеличение объема циркулирующей крови в полтора раза
- увеличение ударного объема сердца и частоты сердечных сокращений

**У пациенток с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью роды происходят**

- снижение тонуса парасимпатической нервной системы
- снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- увеличение объема циркулирующей крови в полтора раза
- увеличение ударного объема сердца и частоты сердечных сокращений

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В женскую консультацию обратилась женщина 47 лет.

### **Жалобы**

На обильные кровянистые выделения из половых в течение 7 дней.

### **Анамнез заболевания**

В течение 6 месяцев беспокоят ациклические обильные кровянистые выделения, что и стало поводом для обращения к врачу, самостоятельно обследовалась – эстрадиол - 40480 пмоль/л (N 37.0 пмоль/л - 40370 пмоль/л)

### **Анамнез жизни**

\* Менархе – 11 лет, продолжительностью 5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные;

- \* последняя менструация началась 7 дней назад
- \* начало половой жизни с 19 лет, в браке;
- \* Паритет – 7 , из них родов - 2, медицинских аборт - 5;
- \* гинекологические заболевания – хронический эндометрит;
- \* соматические заболевания – гипертоническая болезнь; хронический панкреатит, ремиссия.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное.

В зеркалах: влагалище емкое, шейка матки цилиндрическая, не гипертрофирована, не эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения геморрагические, обильно.

Вагинально: шейка матки по наружно-боковой поверхности до 3 см, наружный зев закрыт; тело матки не увеличено, мягкое, безболезненное; придатки не увеличены, безболезненные; своды свободные, глубокие.

### **Для постановки диагноза данной пациентке необходимо провести**

- снижение тонуса парасимпатической нервной системы
- снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- увеличение объема циркулирующей крови в полтора раза
- увеличение ударного объема сердца и частоты сердечных сокращений

### **Результаты обследования**

#### **Окончательным методом диагностики патологии эндометрия у женщины является**

- снижение тонуса парасимпатической нервной системы
- снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- увеличение объема циркулирующей крови в полтора раза
- увеличение ударного объема сердца и частоты сердечных сокращений

### **Результаты обследования**

#### **\*Клиническим\* диагнозом является**

- снижение тонуса парасимпатической нервной системы
- снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- увеличение объема циркулирующей крови в полтора раза
- увеличение ударного объема сердца и частоты сердечных сокращений

## Диагноз

**Ведущее место в патогенезе гиперплазии эндометрия у данной женщины занимает**

- гиперэстрогения
- гиперпролактинемия
- гипоэстрогения
- гиперандрогения

**Для лечения гиперплазии эндометрия у пациентки после отдельного диагностического выскабливания матки необходимо назначить + \_\_\_\_\_ + терапию**

- противовоспалительную
- симптоматическую
- комбинированную
- гормональную

**С целью остановки повторного кровотечения пациентке необходимо назначить**

- пайпель-биопсию эндометрия
- гормональный гемостаз в сочетании с симптоматической терапией
- выскабливание
- лечебно-диагностическую лапароскопию

**В качестве медикаментозной терапии местного действия после морфологической верификации диагноза ГЭ рекомендовано**

- левоноргестрел
- этинилэстрадиол
- агонисты гонадотропин релизинг гормона
- нестероидные противовоспалительные препараты

**В случае отказа от введения ЛНГ-ВМС данной пациентке рекомендовано непрерывное назначение**

- трансдермальных эстрогенов
- прогестагенов
- эстроген-гестагенов
- комбинированных оральных контрацептивов

**Гормоносодержащую внутриматочную спираль необходимо рекомендовать ввести на срок до + \_\_\_\_\_ лет, при отсутствии побочных явлений**

- 11
- 7
- 5
- 6

**Частота рецидивов гиперплазии эндометрия через 2 года, после 6-месячного курса терапии гормоносодержащей спиралью составляет + \_\_\_\_\_ %**

- 80
- 40
- 60
- 10

**При прогрессировании гиперплазии эндометрия в атипическую гиперплазию эндометрия, решить вопрос об**

- гистероскопии
- гистерэктомии
- аблации эндометрия
- хирургической стерилизации

**Фактором риска развития гиперплазии эндометрия у данной пациентки явилась**

- гистероскопии
- гистерэктомии
- аблации эндометрия
- хирургической стерилизации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 30 лет обратилась на прием в женскую консультацию с кровянистыми выделениями из половых путей в течение 7 дней.

### **Жалобы**

На обильные, длительные и болезненные менструации, отсутствие беременности в течение 3 лет.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение года, когда стали беспокоить болезненные и длительные (до 10 дней) менструации, что и стало поводом для обращения к гинекологу.

### **Анамнез жизни**

\* Соматический анамнез: хронические заболевания отрицает, на «Д» учёте не состоит. Операций, травм не было;

\* наследственный анамнез: отягощен - у матери была диагностирована миома матки;

\* менархе с 12 лет, установились сразу по 4 - 5 дней через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Около года назад стала отмечать схваткообразные боли внизу живота и длительные до 10 дней менструации, за медицинской помощью не обращалась;

\* половая жизнь с 19 лет, один половой партнёр, методы контрацепции не использует. Беременностей - 1, 10 лет назад, закончилась родами, без особенностей. Планирует беременность в течение последних 3 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное.

Кожный покров и слизистые бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 89 ударов в минуту, АД – 140 и 90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, диурез без особенностей. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно. Влагалище свободное. Шейка матки чистая, тело матки увеличено до 6–7 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; своды свободны; выделения бели.

### **К \*первоочередному\* методу обследования для постановки диагноза относится**

- гистероскопии
- гистерэктомии
- аблации эндометрия
- хирургической стерилизации

### **Результаты обследования**

**Для получения \*дополнительной информации\* о локализации миоматозного узла пациентке необходимо рекомендовать проведение**

- гистероскопии

- гистерэктомии
- аблации эндометрия
- хирургической стерилизации

### **Результаты обследования**

**\*Клиническим диагнозом\* у данной пациентки является + \_\_\_\_\_ + и вторичное бесплодие**

- гистероскопии
- гистерэктомии
- аблации эндометрия
- хирургической стерилизации

### **Диагноз**

**Характерным клиническим признаком заболевания у данной женщины являются**

- ОМК
- бледно-розовый цвет кожи
- тахикардия
- артериальная гипертензия

**Данной пациентке с диагнозом вторичное бесплодие, миома матки с субмукозным расположением узла показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- симптоматическое
- медикаментозное
- хирургическое
- противовоспалительное

**Показанием к оперативному лечению миомы матки у данной пациентки является + \_\_\_\_\_ + и вторичное бесплодие**

- субмукозная локализация узла
- боли в нижних отделах живота во время менструаций
- увеличение матки до 7 недель беременности
- рост опухоли более 1–2 недель в год

**В качестве метода лечения женщине необходимо предложить**

- консервативную миомэктомию
- тотальную гистерэктомию
- медикаментозную терапию
- гистерорезектоскопию

**Хирургическое лечение в плановом порядке женщине необходимо рекомендовать на + \_\_\_\_\_ + день менструального цикла**

- 14-21
- 18-26
- 16-18
- 5-14

**При технической невозможности полного удаления узла необходимо назначить женщине терапию + \_\_\_\_\_ + с целью предоперационной подготовки**

- аГнРГ
- НПВП
- гестагенами
- эстрогенами

**При назначении транексамовой кислоты для уменьшения кровопотери во время менструаций, оптимальной суточной дозировкой является + \_\_\_\_\_ + г**

- 3,9-4,0
- 1,5-1,7
- 5,5-6,0
- 2,0-2,5

**В качестве \*альтернативы\* хирургическому лечению и при изменении репродуктивных планов женщине можно предложить**

- противовоспалительную терапию
- гормональное лечение
- эмболизацию маточных артерий
- симптоматическую терапию

**Данной пациентке (при условии проходимости маточных труб, сохраненной овуляции, нормальном овариальном резерве и отсутствии мужского фактора бесплодия) должны быть рекомендованы ВРТ через + \_\_\_\_\_ + месяцев, в**

## **случае отсутствия беременности после проведения хирургического лечения и периода реабилитации (в течение 1 года)**

- противовоспалительную терапию
- гормональное лечение
- эмболизацию маточных артерий
- симптоматическую терапию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой городской больницы машиной скорой медицинской помощи доставлена женщина 36 лет.

### **Жалобы**

На обильные кровянистые выделения из половых путей в течение последних двух недель.

### **Анамнез заболевания**

Межменструальные кровотечения в течение двух лет. Дважды проходила лечение и обследование в гинекологическом отделении, где проводилось выскабливание полости матки и цервикального канала с контрольной гистероскопией (результаты гистологических исследований в выписках – простая гиперплазия без атипии). Врачом амбулаторного звена назначалась гормональная терапия, рекомендации не/соблюдала. Последнее ухудшение состояния две недели назад, когда появились кровянистые выделения из половых путей после задержки менструации. Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в приемно-диагностическое отделение.

### **Анамнез жизни**

- \* Менархе – 9 лет, установились сразу, продолжительностью 3-4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные;
- \* начало половой жизни с 18 лет, в браке;
- \* паритет – 4, родов 3, медицинский аборт 1, без осложнений;
- \* контрацепцию не использует, беременность не планирует;
- \* гинекологические заболевания – железистая гиперплазия эндометрия;
- \* соматические заболевания – гипертоническая болезнь, хронический бронхит, хронический гастрит.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 159 см, вес 89 кг, ИМТ 35 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров бледно-розовый, сухой. Дыхание везикулярное по всем полям, хрипов

нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая; шейка матки цилиндрическая, не гипертрофирована, не эрозирована, наружный зев щелевидный; выделения геморрагические, обильные.

Вагинально: тело матки не увеличено, мягкое, безболезненное; придатки не увеличены, безболезненные; своды свободные, глубокие.

**К \*экономически целесообразному\* и необходимому в данной ситуации инструментальному методу обследования относится**

- противовоспалительную терапию
- гормональное лечение
- эмболизацию маточных артерий
- симптоматическую терапию

**Результаты инструментального метода обследования**

**С целью окончательной постановки диагноза пациентке необходимо провести + \_\_\_\_\_ + исследование эндометрия**

- противовоспалительную терапию
- гормональное лечение
- эмболизацию маточных артерий
- симптоматическую терапию

**Результаты исследования эндометрия**

**Клиническим диагнозом является**

- противовоспалительную терапию
- гормональное лечение
- эмболизацию маточных артерий
- симптоматическую терапию

**Диагноз**

**К наиболее вероятным факторам риска развития гиперплазии эндометрия у данной пациентки относятся ожирение и**

- раннее менархе
- гипертоническая болезнь
- хронический гастрит
- возраст женщины 36 лет

**С целью остановки кровотечения на данном этапе необходимо провести**

- гормональный гемостаз
- лазерную абляцию эндометрия
- выскабливание
- экстирпацию матки с придатками

**С целью патогенетического лечения и достижения длительного контрацептивного эффекта наиболее целесообразно данной пациентке предложить лечение с использованием**

- прогестагенов
- эстрогенов
- ВМ системы
- цитостатиков

**Гормоносодержащую внутриматочную спираль необходимо рекомендовать ввести на срок до + \_\_\_\_ + лет, при отсутствии побочных явлений**

- 11
- 7
- 6
- 5

**В случае отказа от введения гормоносодержащей спирали возможно назначение**

- цитостатиков
- гестагенов
- эстроген-гестагенов
- внутриматочного контрацептива

**Частота рецидивов гиперплазии эндометрия через 2 года, после отмены 6-месячного курса терапии гормоносодержащей спиралью составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- 60

- 40
- 10
- 80

**Рецидивы гиперплазии эндометрия чаще бывают у женщин с ИМТ + \_\_\_\_\_ + кг/м<sup>2</sup>**

- 25-30
- более 35
- 16-18,5
- 18,5-25

**С целью нивелирования факторов риска развития гиперплазии эндометрия данной пациентке рекомендуется**

- лечение хронического гастрита
- лечение хронического бронхита
- лечение ожирения
- лечение артериальной гипертензии

**При незаинтересованности пациентки в реализации репродуктивной функции, при прогрессировании гиперплазии эндометрия в атипическую гиперплазию эндометрия, решить вопрос об**

- лечение хронического гастрита
- лечение хронического бронхита
- лечение ожирения
- лечение артериальной гипертензии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 28 лет обратилась к врачу акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На отсутствие беременности в течение 5 лет при регулярной половой жизни без контрацепции.

### **Анамнез заболевания**

Замужем 7 лет. Беременностей не было. Не обследована. Спермограмма мужа в пределах нормы. Женщина планирует беременность, что и стало поводом для обращения к врачу.

### **Анамнез жизни**

- \* Менархе в 14 лет, продолжительностью 7 дней, через 45 дней, умеренные, безболезненные, не регулярные;
- \* начало половой жизни с 21 года, в браке;
- \* гинекологические заболевания отрицает;
- \* соматические заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 28 кг/м<sup>2</sup>

В зеркалах: влагалище не рожавшей, шейка матки коническая, не гипертрофирована, не эрозирована, наружный зев точечный, выделения бели, скудно.

Вагинально: тело матки не увеличено, безболезненное; придатки не увеличены, безболезненные; своды свободные, глубокие.

### **К необходимому в данной ситуации инструментальному методу обследования относится**

- лечение хронического гастрита
- лечение хронического бронхита
- лечение ожирения
- лечение артериальной гипертензии

### **Результаты инструментального метода обследования**

**С целью постановки диагноза данной пациентке с помощью лабораторных методов исследования Вам необходимо исследовать уровень**

**+ \_\_\_\_\_ + в сыворотке крови**

- лечение хронического гастрита
- лечение хронического бронхита
- лечение ожирения
- лечение артериальной гипертензии

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Предполагаемым диагнозом является Женское бесплодие**

- лечение хронического гастрита
- лечение хронического бронхита
- лечение ожирения
- лечение артериальной гипертензии

## Диагноз

**Наиболее вероятной причиной эндокринного бесплодия у пациентки является + \_\_\_\_\_ + ановуляция**

- гипергонадотропная гипоэстрогенная
- гипогонадотропная гипоэстрогенная
- гипергонадотропная гиперэстрогенная
- N-гонадотропная N-эстрогенная

**В качестве препарата первой линии в лечении бесплодия, вызванного ановуляцией, необходимо пациентке назначить**

- прогестерон
- кломифен
- ципротерон
- дроспиренон

**С целью лечения ановуляторного бесплодия данной пациентке следует назначить кломифен цитрат в дозе**

- 50-100 мг в день, в течение 5 дней
- 150-200 мг в день, в течение 10 дней
- 50-100 мг в день, в течение 10 дней
- 150-200 мг в день, в течение 5 дней

**Максимальная суточная доза кломифена цитрата будет составлять + \_\_\_\_\_ + мг**

- 200
- 250
- 150
- 300

**Наряду с кломифеном цитрата в качестве терапии первой линии для лечения бесплодия, в данном клиническом случае, можно рекомендовать женщине индукцию овуляции с помощью**

- метформина
- летрозол
- дидрогестерона
- бромокриптина

**В качестве альтернативной схемы стимуляции овуляции рекомендуется использовать**

- диклофенак
- метформин
- дексаметазон
- дидрогестерон

**Критерием для диагностики поликистозных яичников при ультразвуковом исследовании трансвагинальным датчиком с 8МГц у данной пациентки является наличие**

- $\geq 20$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике
- $\geq 15$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике
- $\geq 12$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике
- $\geq 17$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике

**Оценить овариальный резерв у пациентки возможно с помощью определения уровня**

- мелатонина
- тироксина
- пролактина
- АМГ и ФСГ

**К критериям диагностики СПКЯ у данной пациентки относятся оценка менструальной и овуляторной функции, морфологии яичников с помощью УЗИ и регистрация клинических и лабораторных проявлений**

- мелатонина
- тироксина
- пролактина
- АМГ и ФСГ

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к гинекологу обратилась женщина 29 лет.

### **Жалобы**

На болезненные и обильные менструации, периодические боли внизу живота,

усиливающиеся накануне менструации, невозможность забеременеть в течение 5 лет.

### **Анамнез заболевания**

В течение трех лет отмечает болезненные и обильные менструации, мажущие темно-коричневые выделения из половых путей после менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет при регулярной половой жизни с постоянным партнером. Муж обследован, спермограмма в норме.

### **Анамнез жизни**

- \* Менархе в 11 лет, продолжительностью 7-8 дней, через 28 дней, обильные, болезненные, регулярные;
- \* начало половой жизни с 16 лет;
- \* беременностей не было;
- \* гинекологические заболевания отрицает;
- \* соматические заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 73 кг. Температура тела 37.0°C. Кожный покров обычной окраски. Дыхание везикулярное, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

В зеркалах: шейка матки коническая, не гипертрофирована, чистая, наружный зев точечный, выделения слизистые.

При бимануальном исследовании матка увеличена до 6 недель беременности, шаровидной формы, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные.

### **К необходимому в данной ситуации инструментальному методу обследования относится**

- мелатонина
- тироксина
- пролактина
- АМГ и ФСГ

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Пациентке дополнительно можно назначить измерение уровня**

- мелатонина
- тироксина
- пролактина

- АМГ и ФСГ

## **Результаты обследования**

### **Пациентке необходимо выставить клинический диагноз**

- мелатонина
- тироксина
- пролактина
- АМГ и ФСГ

## **Диагноз**

### **Клиническим проявлением эндометриоза у данной пациентки является**

- избыточная масса тела
- тазовая боль
- гипертермия
- возраст начала менархе в 11 лет

**+ \_\_\_\_\_ + терапия в данном случае является терапией выбора**

- Инфузионная
- Антибактериальная
- Гормональная
- Противовоспалительная

### **С целью лечения эндометриоза данной пациентке необходимо назначить**

- тестостерон
- аГнРГ
- эстрадиол
- дроспиренон

### **Для кратковременного купирования боли женщине необходимо назначить**

- ибупрофен
- парацетамол
- цефтриаксон
- ампициллин

**Продолжительность приема аГнРГ женщиной будет составлять + \_\_\_\_ + месяцев**

- 8-10
- 3-6
- 7-12
- 10-12

**Для длительного купирования болевого синдрома женщине, в случае отказа от репродуктивных планов, необходимо назначить**

- дроспиренон
- диеногест
- эстрадиол
- прогестерон

**Частота наступления беременности у пациенток с аденомиозом 3-4-й стадии не превышает + \_\_\_\_ + %**

- 40-45
- 20-25
- 30-35
- 10-15

**В случае отсутствия беременности в течение 6 месяцев после проведения медикаментозной терапии данной пациентке целесообразно будет предложить**

- повторное обследование
- повторный курс медикаментозной терапии
- ВРТ
- хирургическое лечение

**Для оценки болевого синдрома женщине необходимо предложить**

- повторное обследование
- повторный курс медикаментозной терапии
- ВРТ
- хирургическое лечение

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Пациентка 30 лет обратилась на прием к врачу акушеру-гинекологу в женскую консультацию.

### **Жалобы**

На тянущие боли внизу живота, отсутствие беременности в течение 3 лет без контрацепции с одним половым партнером.

### **Анамнез заболевания**

Последние 9 месяцев беспокоят тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед менструацией, во время полового акта, беременностей не было. Не обследована.

### **Анамнез жизни**

- \* Менархе в 12 лет, продолжительностью 5 дней, через 28 дней, обильные, болезненные;
- \* начало половой жизни с 17 лет, в браке;
- \* гинекологические заболевания отрицает;
- \* соматические заболевания отрицает;
- \* операций, травм не было.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. ИМТ 32 кг/м<sup>2</sup>.

Кожный покров обычной окраски. Дыхание везикулярное, ЧДД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в мин, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В зеркалах: влагалище нерожавшей, шейка матки конической, не гипертрофирована, не эрозирована, наружный зев закрыт.

Вагинально: тело матки не увеличено, плотное, безболезненное; справа от матки пальпируется образование размером 5 x 6 см, туго эластичной консистенции, малоподвижное, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены.

### **К необходимому в данной ситуации инструментальному методу обследования относится**

- повторное обследование
- повторный курс медикаментозной терапии
- ВРТ
- хирургическое лечение

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Для оценки болевого синдрома используется**

- шкала ВАШ
- классификация Бишоп
- шкала SOFA
- шкала qSOFA

### **Предполагаемым диагнозом является**

- шкала ВАШ
- классификация Бишоп
- шкала SOFA
- шкала qSOFA

### **Диагноз**

### **Клиническим проявлением эндометриоза у женщины является**

- избыточная масса тела/ожирение
- бесплодие
- повышение АД
- тахикардия/тахипноэ

### **Доступ хирургического лечения у пациентки должен быть**

- трансвагинальный
- лапароскопический
- лапаротомический
- комбинированный

### **Показанием к оперативному вмешательству в данном случае является**

- бесплодие
- диспареуния
- уровень СА 125
- дисменорея

### **Основным этапом лечения бесплодия у женщины является**

- хирургический
- гормональный
- симптоматический
- иммунокорректирующий

**С целью лечения болевого синдрома (при наличии жалоб) данной пациентке можно назначить**

- НПВП
- аГнРг
- спазмолитики
- анальгетики

**Период ожидания наступления беременности у пациентки после хирургического вмешательства и медикаментозной терапии составит не более + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 3
- 2
- 12
- 6

**Для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента данной пациентке возможно применение**

- прогестагенов
- эстрогенов
- комбинированных оральных контрацептивов
- цитостатиков

**Окончательный диагноз эндометриоза яичников пациентке будет установлен на основании**

- характерных клинических проявлений
- лабораторного исследования уровня СА125
- результатов ультразвукового исследования
- патоморфологического исследования

**С целью оценки овариального резерва после хирургического лечения пациентке необходимо исследовать уровень**

- характерных клинических проявлений
- лабораторного исследования уровня СА125
- результатов ультразвукового исследования
- патоморфологического исследования

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Машиной скорой медицинской помощи в приемный покой к гинекологу доставлена женщина 52 лет.

### Жалобы

На обильные кровянистые выделения из половых путей после 7 месяцев аменореи.

### Анамнез заболевания

Кровянистые выделения из половых путей в течение двух дней, после полового акта. Самостоятельно лекарственные средства не принимала, не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась. Скорой медицинской помощью доставлена в приемно-диагностическое отделение.

### Анамнез жизни

- \* Менархе – 17 лет, продолжительностью 5-7 дней, через 20-45 дней, нерегулярные, болезненные;
- \* последняя менструация 7 месяцев назад;
- \* начало половой жизни 25 лет, в браке;
- \* Паритет – две беременности, завершились родами, без осложнений;
- \* гипертоническая болезнь в течение двух лет, максимальное повышение артериального давления до 150 и 90 мм. рт. ст., лекарственные средства не принимает; хронический пиелонефрит, хронический гайморит.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 90 кг. Индекс массы тела  $36 \text{ кг/м}^2$ . Кожный покров бледно-розовый, сухой. Дыхание везикулярное по всем полям, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения геморрагические, обильно.

Вагинально: тело матки увеличено до 6-7 недель, безболезненное; придатки не увеличены, безболезненные; своды свободные, глубокие.

### К необходимому в данной ситуации инструментальному методу обследования относится

- характерных клинических проявлений
- лабораторного исследования уровня CA125

- результатов ультразвукового исследования
- патоморфологического исследования

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Наиболее информативным методом диагностики у данной пациентки является**

- характерных клинических проявлений
- лабораторного исследования уровня СА125
- результатов ультразвукового исследования
- патоморфологического исследования

### **Результаты обследования**

**На основании дополнительных методов обследования пациентке должен быть выставлен \*клинический\* диагноз + \_\_\_\_\_ + эндометрия**

- характерных клинических проявлений
- лабораторного исследования уровня СА125
- результатов ультразвукового исследования
- патоморфологического исследования

### **Диагноз**

**Наиболее вероятным фактором риска развития гиперплазии эндометрия в данном случае является**

- позднее менархе
- ожирение
- возраст пациентки
- гипертоническая болезнь

**В качестве медикаментозной терапии локального воздействия после морфологической верификации диагноза ГЭ рекомендовано**

- этинилэстрадиол
- левоноргестрел
- агонисты гонадотропин рилизинг гормона
- нестероидные противовоспалительные препараты

**В случае отказа от введения ЛНГ-ВМС данной пациентке рекомендовано непрерывное назначение**

- эстроген-гестагенов
- трансдермальных эстрогенов
- прогестагенов
- комбинированных оральных контрацептивов

**С целью антианемической терапии женщине необходимо назначить парентеральное или внутривенное введение**

- тромбоцитарной массы
- препаратов железа
- свежезамороженной плазмы
- эритроцитарной массы

**С целью модификации факторов риска в первую очередь данной пациентке рекомендуется лечение**

- хронического гайморита
- ожирения
- артериальной гипертензии
- хронического пиелонефрита

**Частота рецидивов гиперплазии эндометрия через 2 года, после 6-месячного курса терапии гормоносодержащей спиралью составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- 80
- 40
- 10
- 60

**Рецидивы гиперплазии эндометрия чаще бывают у женщин с ИМТ + \_\_\_\_\_ + кг/м<sup>2</sup>**

- 25-30
- более 35
- 18,5-25
- 16-18,5

**Гормоносодержащую внутриматочную спираль необходимо рекомендовать ввести на срок до + \_\_\_\_\_ + лет, при отсутствии побочных явлений**

- 11
- 5
- 6
- 7

**При прогрессировании гиперплазии эндометрия в атипическую гиперплазию эндометрия, решить вопрос об**

- 11
- 5
- 6
- 7

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На поликлинический прием при стационаре 3 уровня к врачу акушер-гинекологу обратилась беременная 28 лет. Срок беременности 34 недели 3 дня.

### **Жалобы**

На появление отеков голеней и стоп, кистей рук, дома отмечался однократный подъем АД до 140/95 мм.рт.ст. накануне вечером

### **Анамнез заболевания**

Ранее подъемов давления не отмечала. Последний раз посетила женскую консультацию в 32 недели беременности. Была рекомендована госпитализация, от которой она категорически отказалась.

### **Анамнез жизни**

- детские инфекции: ветряная оспа, краснуха;
- хронический пиелонефрит с детства;
- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания:

- в 16 лет перенесла сальпингоофорит.

Акушерский анамнез:

I беременность – 2015 год неразвивающаяся беременность на сроке 16 недель.

Медикаментозный аборт. Без особенностей;

II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

I триместр – токсикоз легкой степени. Генетический скрининг – норма.

II триместр – ОРВИ с подъемом температуры тела до 38<sup>o</sup>С (симптоматическая

терапия, однократный прием парацетамола).

III триместр – по данным УЗИ: нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 степени в 32 недели. ВДМ =27, ОЖ = 88

Общая прибавка веса = 5 кг.

### **Объективный статус**

Рост 156 см, вес 64 кг.

Состояние беременной средней степени тяжести. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД прав рука 139/90, левая рука 144/93. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки голеней, стоп и кистей рук, пастозность лица, передней стенки живота.

Наружное акушерское обследование: матка при пальпации не возбудима, безболезненная, с ровными четкими контурами. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода 115-126 ударов в минуту, ясное, ритмичное. ВДМ = 27 см. ОЖ = 89 см.

Предполагаемый масса плода по Жордания: 2403г.

Размеры таза:

Distantia Spinarum 27 см; Distantia Cristarum 29 см; Distantia Trochanterica 32 см; Conjugata externa 20 см.

**Для постановки клинического диагноза данной беременной необходимо провести**

- 11
- 5
- 6
- 7

### **Результаты обследования**

**Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки являются**

- 11
- 5
- 6
- 7

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является:**

**Беременность 34 недели 3 дня и головное предлежание**

- 11
- 5
- 6
- 7

## **Диагноз**

**Для индивидуального подбора антигипертензивной терапии необходимо проведение консультации врача**

- терапевта
- психотерапевта
- эндокринолога
- хирурга

**Учитывая умеренную преэклампсию и ЗРП III степени, первым по порядку незамедлительным лечебно-диагностическим мероприятием является**

- госпитализация в стационар с решением вопроса о родоразрешении
- подготовка шейки матки к родам в амбулаторных условиях
- подготовка шейки матки к родам в условиях дневного стационара при женской консультации
- повторная консультация акушера-гинеколога через 2 недели

**Вы госпитализировали пациентку с амбулаторного приема в отделение + \_\_\_\_\_ + стационара 3 уровня**

- боксированную палату
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности
- родильное

**Для достижения нейропротективного эффекта для плода у данной беременной с ЗРП III степени рекомендуется назначение**

- магнезиальной терапии
- аспирина

- нифедипина
- витаминов группы В

**Препаратом первой линии для плановой терапии артериальной гипертензии у беременных с ЗРП является**

- фуросемид
- бисопролол
- метопролол
- метилдопа

**Профилактика РДС плода в группе высокого риска родоразрешения в течении последующих 7 дней проводится в сроки беременности от + \_\_\_\_ + недель/недели**

- 22-24
- 24-34
- 34-36
- 35-37

**Правильной тактикой ведения данной пациентки является**

- плановая индукция родов в течение последующей недели
- срочное абдоминальное родоразрешение доступом по Пфанненштилю
- экстренное абдоминальное родоразрешение лапаротомным доступом
- пролонгирование беременности до доношенного срока

**Показанием к экстренному родоразрешению со стороны плода является изменение на КТГ ПСП больше 1,0 и доплерометрические показатели, указывающие на**

- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 2
- нарушение ФПК тип 3В и МПК тип 4, реверсный кровоток в артерии пуповины
- нарушение МПК II степени при доплерометрии
- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 3

**Эндогенной причиной задержки внутриутробного роста плода является**

- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 2
- нарушение ФПК тип 3В и МПК тип 4, реверсный кровоток в артерии пуповины
- нарушение МПК II степени при доплерометрии
- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 3

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Беременная 31 года самотеком обратилась в приемное отделение стационара 3 уровня. Срок беременности 27 недель 3 дня.

### Жалобы

На повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст. накануне, слабое шевеление плода.

### Анамнез заболевания

С 26 лет страдает хронической артериальной гипертензией, лекарственных препаратов не принимала. АД обычно в пределах 130/80 мм рт. ст., при снижении АД менее 110/60 мм рт. ст. отмечала головные боли, ухудшение самочувствия, в то время как повышение АД более 130/80 мм рт.ст. не сопровождается изменением самочувствия, головными болями.

### Анамнез жизни

- детские инфекции: ветряная оспа, краснуха;
- частые головные боли (купируются приемом спазмолитиков);
- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

- I беременность – самопроизвольный выкидыш в 12 недель, без выскабливания;
- II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

### Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 82, АД на правой руке 150 и 100, на левой руке 145 и 95 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Наружное акушерское обследование: матка при пальпации не возбудима, безболезненная, с ровными четкими контурами. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода 124-141 ударов в минуту, ясное, ритмичное. ВДМ = 22 см. ОЖ = 73 см.

Предполагаемая масса плода по Жорданиа: 1606г.

Размеры таза:

Distantia Spinarum 26 см; Distantia Cristarum 28 см; Distantia Trochanterica 31 см; Conjugata externa 20 см.

## **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 2
- нарушение ФПК тип 3В и МПК тип 4, реверсный кровоток в артерии пуповины
- нарушение МПК II степени при доплерометрии
- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 3

## **Результаты лабораторных методов обследования**

## **Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки являются**

- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 2
- нарушение ФПК тип 3В и МПК тип 4, реверсный кровоток в артерии пуповины
- нарушение МПК II степени при доплерометрии
- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 3

## **Результаты инструментальных методов обследования**

## **На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 27 недель 3 дня**

- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 2
- нарушение ФПК тип 3В и МПК тип 4, реверсный кровоток в артерии пуповины
- нарушение МПК II степени при доплерометрии
- нарушение ФПК тип 1 и МПК тип 3

## **Диагноз**

## **Для оценки состояния плода обязательным является проведение**

- трансабдоминальной фетоскопии
- ультразвуковой эхографии плода
- магнитно-резонансной пельвиометрии
- кардиотокографии плода

## **Учитывая хроническую гипоксию плода при сроке беременности 27 недель 3 дня, первым по порядку лечебно-профилактическим мероприятием является**

- проведение инфузии кристаллоидными растворами
- проведение магнезиальной в/в терапии

- проведение профилактики РДС плода
- проведение инфузии коллоидными растворами

**Правильной схемой проведения профилактики РДС плода является р-р Дексаметазона в/м**

- по 6 мг через 12 часов (общий курс 18 мг)
- по 8 мг через 8 часов трехкратно (суммарная доза на курс 24 мг)
- по 12 мг через 5 часов (общий курс 36 мг)
- по 4 мг через 10 часов (общий курс 12 мг)

**Возможным лекарственным средством для достижения нейропротективного эффекта, рекомендованным на территории РФ, к применению у беременных с хронической гипоксией плода является**

- фенотерола гидробромид
- транексамовая кислота
- сульфат магния
- гексопреналина сульфат

**Препаратом выбора для плановой терапии хронической артериальной гипертензии у беременных с ЗРП является**

- фуросемид 20-80 мг в сутки
- метопролол по 25 – 100 мг в сутки
- метилдопа в дозе 250 – 2000 мг в сутки
- бисопролол по 5 – 10 мг в сутки

**Препаратом для быстрого снижения уровня АД при тяжелой артериальной гипертензии в период беременности, осложненной ЗРП, является**

- верапамил
- нифедипин
- фуросемид
- метилдопа

**При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечений у женщин с ЗРП на фоне хронической артериальной гипертензии используют**

- метилэргометрин 200 мкг внутривенно
- окситоцин 5 ЕД внутривенно
- карбетоцин 100 мкг внутривенно

- мизопростол 600 мкг ректально

**При отсутствии противопоказаний оптимальным методом обезболивания родов через естественные родовые пути у пациенток с ЗРП на фоне гипертензивных расстройств является**

- наркотический анальгетик
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

**Правильной тактикой ведения данной пациентки является**

- наркотический анальгетик
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 29 лет обратилась самотеком в приемное отделение стационара 3 группы. Срок беременности 31 недели 2 дня.

### **Жалобы**

Слабое шевеление плода в течение последних суток.

### **Анамнез заболевания**

Является носителем A(II) второй Rh-отрицательной группы крови (со слов) \_.\_

### **Анамнез жизни**

-- детские инфекции: ветряная оспа, краснуха;  
-- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 3020 граммов, 50 см, здоров. Группа крови A(II) вторая Rh-отрицательная (анти-Rh(D)-иммуноглобулин не вводился). Послеродовый период протекал без осложнений;

II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение данной беременности по триместрам:

I триместр – без особенностей. Генетический скрининг – норма.

II триместр – анемия легкой степени, прием препаратов железа перорально.

III триместр – 29 недель- определение анти- Rh(D)-антител. Результат- не обнаружены.

анти- Rh(D)-иммуноглобулин введен не был (беременная уехала из города)

Общая прибавка веса +9 кг.

### **Объективный статус**

Состояние беременной удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД прав рука 110\70, левая рука 115/65. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Наружное акушерское обследование: матка при пальпации не возбудима, безболезненная, с ровными четкими контурами. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода 138-156 ударов в минуту, ясное, ритмичное. ВДМ = 30 см. ОЖ = 83 см.

Предполагаемый масса плода по Жордания: 2490г.

Размеры таза:

Distantia Spinarum 27 см; Distantia Cristarum 29 см; Distantia Trochanterica 32 см; Conjugata externa 20 см.

### **Лабораторными методами необходимыми для постановки клинического диагноза данной беременной являются определение**

- наркотический анальгетик
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки являются**

- наркотический анальгетик
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

### **Результаты инструментального метода обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 31 недели 2 дней и головное предлежание**

- наркотический анальгетик
- пудендальная анестезия
- эпидуральная аналгезия
- препарат опиоидного ряда

### **Диагноз**

**Обязательным методом диагностики для оценки состояния плода является проведение**

- биопсии хориона
- трансабдоминального амниоцентеза
- магнитно-резонансной томографии
- кардиотокографии плода

**Учитывая гемолитическую болезнь плода, ЗРП, хроническую гипоксию плода при сроке беременности 31 неделя 2 дня, первым по порядку лечебно-профилактическим мероприятием является проведение**

- терапии сульфатом магния
- инфузионной терапии кристаллоидными растворами
- профилактики РДС плода
- инфузионной терапии коллоидными растворами

**Правильной схемой проведения профилактики РДС плода является введение р-ра Бетаметазона**

- в/м по 12 мг через 24 часа (общий курс 24 мг)
- в/в по 8 мг через 5 часов (общий курс 36 мг)
- в/м по 6 мг через 8 часов (общий курс 12 мг)
- п/к по 4 мг через 6 часов (общий курс 28 мг)

**Необходимым методом инвазивной пренатальной диагностики и лечения является**

- трансабдоминальный амниоцентез, кордоцентез с переливанием ЭМОЛТ при наличии анемии
- биопсия хориона
- фетоскопия

- трансабдоминальный амниоцентез

**Беременную женщину при задержке роста плода и диагностированной гемолитической болезни, требующей проведения внутриутробных гемотрансфузий, необходимо**

- направить в акушерский стационар второй В группы
- не направлять в акушерский стационар
- направить в акушерский стационар первой А группы
- направить в акушерский стационар третьей А группы

**Группами оценки степени выраженности анемии плода в зависимости от максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода и срока беременности являются**

- верхняя, промежуточная, средняя
- А,В,С
- низкая, средняя, высокая
- I,II,III

**Учитывая состояние плода и проведение процедуры кордоцентеза с переливанием ЭМОЛТ, предпочтительной акушерской тактикой при родоразрешении является**

- пролонгирование беременности
- кесарево сечение
- оперативные влагалищные роды
- родостимуляция

**Оптимальной дозой анти-Rh(D)- иммуноглобулина для профилактики резус-сенсibilизации является + \_\_\_ + ME**

- 50
- 3000
- 10000
- 1500

**Следует рассмотреть вариант проведения кордоцентеза для беременной с последующим переливанием**

- 50
- 3000
- 10000

- 1500

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На поликлинический прием при стационаре 3 уровня к врачу акушер-гинекологу обратилась беременная 35 лет. Срок беременности 31-32 недели.

### Жалобы

На ухудшение шевеления плода

### Анамнез заболевания

Ухудшение шевеления плода ощущает на протяжении суток

### Анамнез жизни

- детские инфекции: ветряная оспа, краснуха;
- врожденные тромбофилии высокого риска (дефицит протеина С);
- тромбоз большой подкожной вены в анамнезе
- хронические заболевания других органов и систем отрицает.

Гинекологические заболевания:

отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – 2003 год – самопроизвольный выкидыш на сроке 5-6 недель, без выскабливания.

II беременность – 2004 год – преждевременные оперативные роды на сроке 35 недель (в связи с прогрессирующей хронической гипоксией плода, ЗРП 2-3 степени). Родился живой недоношенный мальчик, массой 1800 г и ростом 45 см, здоров.

III беременность -2007 год – преждевременные индуцированные самопроизвольные роды на сроке беременности 27 недель (внутриутробная гибель плода)

IV беременность -2010 год – Преждевременные оперативные роды при сроке беременности 28 недель (тяжелая преэклампсия, плацентарная недостаточность, ЗРП 1-2 степени, прогрессирующая хроническая гипоксия плода). Родился недоношенный мальчик, массой 900 г, длиной 35 см, ребенок с неврологическими нарушениями.

V беременность – 2013 год – неразвивающаяся беременность в сроке 20 недель

VI беременность – 2016 год - неразвивающаяся беременность в сроке 21 неделя

VII беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

I триместр – угроза прерывания беременности. Ретрохориальная гематома (стационарное лечение), принимала эноксапарин в дозе 0,4 мл подкожно.

II триместр – в 15 недель ОРВИ с подъемом температуры тела до 39<sup>o</sup>C (терапия парацетамолом, антибиотикотерапия), бессимптомная бактериурия (принимала уросептические препараты), принимает эноксапарин 0,4 п/к, ацетилсаллициловую кислоту в дозе 75 мг. В 18 недель проведено определение антифосфолипидных антител: (положительные антитела к кардиолипину, b2-гликопротеину, волчаночный антикоагулянт положительный) По данным УЗИ нарушение МПК в 27 недель, низкая масса плода к сроку гестации.

III триместр – по данным УЗИ: нарушение маточно-плацентарного кровотока и фето-плацентарного кровотока с 30 недель. Доза эноксапарина увеличена до 0,6 мл в сутки.

Общая прибавка веса = 6 кг.

### **Объективный статус**

Рост 170 см, вес 65 кг.

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 77, АД 130/85 на обеих руках. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Наружное акушерское обследование: матка при пальпации не возбудима, безболезненная, с ровными четкими контурами. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода 118-129 ударов в минуту, ясное, ритмичное. ВДМ = 28 см. ОЖ = 79 см.

Предполагаемая масса плода по Жорданиа: 2212г.

Размеры таза:

Distantia Spinarum 25 см; Distantia Cristarum 27 см; Distantia Trochanterica 30 см; Conjugata externa 20 см.

### **Необходимыми диагностическими тестами для оценки состояния беременной являются**

- 50
- 3000
- 10000
- 1500

### **Результаты обследования**

**Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки являются**

- 50
- 3000
- 10000
- 1500

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 31 неделя 4 дня**

- 50
- 3000
- 10000
- 1500

### **Диагноз**

**Для назначения и коррекции основной терапии обязательным является консультация**

- эндокринолога и окулиста
- гематолога и сосудистого хирурга
- анестезиолога и невролога
- терапевта и уролога

**Учитывая наличие тромбфилии высокого риска и ЗРП 1-2 степени и жалобы на плохое шевеление плода, первым по порядку лечебно-диагностическим мероприятием является**

- забор периферической венозной крови
- консультация смежных специалистов
- ультразвуковое обследование плода и доплерометрия
- госпитализация в профильное отделение

**Госпитализация пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- обсервационное
- анестезиологии и реаниматологии
- родильное
- патологии беременности

### **Для женщин с тромбофилиями высокого риска препаратами выбора для предотвращения осложнений являются**

- низкомолекулярные гепарины и ацетилсалициловая кислота
- дипиридамол 75 мг в сутки и М-холиноблокаторы
- детралекс 2 табл. в сутки и комплекс поливитаминов
- фолиевая кислота и блокаторы кальциевых каналов

### **Высокой профилактической дозой Эноксапарина является**

- 50 мг каждые 8 часов
- 60 мг каждые 10 часа
- 40 мг каждые 12 часов
- 30 мг каждые 24 часа

### **Доказанной эффективной терапией КАФС являются**

- антикоагулянты, глюкокортикостероиды и плазмаферез
- переливание донорской крови и антиагреганты
- плазмосорбция и раствор глюкозы и антиагреганты
- антиагреганты и гемосорбция и минералокортикоиды

### **После родоразрешения данной пациентки, правильной профилактикой ВТЭО является**

- ранняя активация пациентки
- эластическая компрессия нижних конечностей
- назначение НМГ в течение 6 недель после родов
- НМГ в течение 6-7 дней после родов

### **Экстренное родоразрешение в случае ухудшения состояния плода является правильной тактикой при**

- нормальный тип КТГ, нарушение МПК II степени при доплерометрии и нормальный кровоток в артерии пуповины
- КТГ – ПСП 3,34 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,78 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,56 (Норма ПСП)

### **Кратность оценки состояния плода по данным кардитокографии при субкомпенсированной форме фетоплацентарной недостаточности составляет**

- нормальный тип КТГ, нарушение МПК II степени при доплерометрии и нормальный кровоток в артерии пуповины
- КТГ – ПСП 3,34 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,78 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,56 (Норма ПСП)

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Беременная 36 лет самотеком обратилась в приемное отделение. Срок беременности 33 недели 5 дней.

### Жалобы

На умеренный кожный зуд кистей и стоп, усиливающийся в вечернее время; эмоциональную лабильность; слабое шевеление плода.

### Анамнез заболевания

Кожный зуд появился около двух недель назад, за медицинской помощью не обращалась, лекарственные препараты не принимала.

### Анамнез жизни

- детские инфекции: ветряная оспа, красуха;
- хронические заболевания - синдром Жильбера

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение данной беременности по триместрам:

I триместр – без особенностей. Генетический скрининг – норма.

II триместр – без особенностей.

III триместр – в 30 недель повышение АЛТ до 50 Ед/л, АСТ до 62 Ед/л, общие желчные кислоты 5,5 мкмоль/л. Врачом женской консультации рекомендовано обильное питье, консультация терапевта, контроль печеночных ферментов и общих желчных кислот в динамике. УЗИ плода в 30 недель- Беременность 30 недель 2 дня. Головное предлежание. Умеренное многоводие.

Общая прибавка веса = +10 кг.

### Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. В области кистей и стоп имеются единичные экскориации. Пульс 78, АД прав рука 115/70, левая рука 110/75. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной

маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. ВДМ = 31 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Наружное акушерское обследование: матка при пальпации не возбудима, безболезненная, с ровными четкими контурами. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода 126-142 ударов в минуту, ясное, ритмичное. ВДМ = 30 см. ОЖ = 87 см.

Предполагаемый масса плода по Жордания: 2610г.

Размеры таза:

Distantia Spinarum 26 см; Distantia Cristarum 28 см; Distantia Trochanterica 31 см; Conjugata externa 21 см.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение**

- нормальный тип КТГ, нарушение МПК II степени при доплерометрии и нормальный кровоток в артерии пуповины
- КТГ – ПСП 3,34 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,78 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,56 (Норма ПСП)

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки являются**

- нормальный тип КТГ, нарушение МПК II степени при доплерометрии и нормальный кровоток в артерии пуповины
- КТГ – ПСП 3,34 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,78 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,56 (Норма ПСП)

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность**

- нормальный тип КТГ, нарушение МПК II степени при доплерометрии и нормальный кровоток в артерии пуповины
- КТГ – ПСП 3,34 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,78 (Норма ПСП)
- КТГ – ПСП 0,56 (Норма ПСП)

## **Диагноз**

**Для оценки состояния плода обязательным является проведение**

- трансабдоминального амниоцентеза
- ультразвукового исследования сердца плода
- кардиотокографии плода
- самоподсчета шевелений плода

**Учитывая задержку роста плода II степени при сроке беременности 33 недели 5 дней, первым по порядку лечебно-профилактическим мероприятием является проведение**

- инфузионной терапии коллоидными растворами и препаратами альбумина
- инфузионной терапии кристаллоидными растворами и инфузией свежесамороженной плазмы
- профилактики РДС плода
- магниальной терапии в непрерывном режиме

**Рекомендованной к применению схемой проведения профилактики РДС плода является раствор Дексаметазона**

- в/в по 12 мг через 24 часов (общий курс 36 мг)
- в/в по 4 мг через 12 часов (общий курс 8 мг)
- в/м по 8 мг через 8 часов (общий курс 24 мг)
- в/м по 6 мг через 5 часов (общий курс 12 мг)

**Возможным спектром лечебных мероприятий, направленных на улучшение реологических свойств крови и профилактику декомпенсации плацентарной недостаточности, у беременных с хронической гипоксией плода является**

- низкомолекулярные гепарины и ацетилсалициловая кислота
- гексопреналина сульфат и производные фенилалкиламина
- антимикробные препараты местного и системного применения
- производные прегнена и транексамовая кислота

**Препаратом первой линии для плановой терапии внутрипеченочного холестаза беременных является**

- препарат урсодезоксихолевой кислоты 15-20 мг/кг сутки
- активированный уголь 0.5 г 3 раза в сутки
- кислота липоевая 0.025г 3 раза в сутки
- артишока листьев экстракт 200мг 3 раза в сутки внутрь

**При неэффективности препаратов урсодезоксихолевой кислоты в стандартных дозах препаратом выбора для комбинированной терапии является**

- s-аденозилметионин
- метилдопа внутрь
- транексамовая кислота внутривенно капельно
- альбумин 10% раствор внутривенно капельно

**Наиболее оптимальным сроком для динамического контроля ультразвуковой фетометрии при задержке роста плода является**

- 2 недели
- не нуждается в динамическом наблюдении
- 4 недели
- ежедневно

**Оптимальным сроком для родоразрешения при положительном эффекте от проводимой терапии и отсутствии нарастания степени ЗРП и выраженных нарушений состояния плода является**

- 37-38 недель
- экстренное родоразрешение на любом сроке
- 40 недель
- 35-36 недель

**Правильной тактикой ведения данной пациентки является**

- 37-38 недель
- экстренное родоразрешение на любом сроке
- 40 недель
- 35-36 недель

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 62 лет обратилась к гинекологу в районную женскую консультацию.

### **Жалобы**

На сухость и периодический зуд во влагалище, диспареунию, периодические бели, боли в поясничном и грудном отделах позвоночника.

### **Анамнез заболевания**

Постменопауза 10 лет. Вышеуказанные жалобы беспокоят пациентку на протяжении последнего года с тенденцией к усилению. При профосмотре у гинеколога по месту работы 6 месяцев назад патологии не выявлено.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – пекарь (повар-технолог) на хлебозаводе. Количество беременностей: 4, роды – 3, срочные, через естественные родовые пути, без осложнений, искусственный аборт – 1 на малом сроке, без осложнений.

Менструальная функция: менархе с 16 лет по 4-5 дней через 28-29 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последняя нормальная менструация в 52 года. Постменопауза 10 лет.

Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки, радиоволновое лечение после 2х родов; аденомиоз, миома матки с 44 лет, при профилактическом осмотре по данным УЗИ м/таза без отрицательной динамики; гистероскопия, РДВ в 50 лет по поводу аномального маточного кровотечения, по данным патолого-гистологического заключения железисто-фиброзный полип эндометрия, гормональное лечение не получала.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°C.

\* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

\* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные.

\* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту.

\* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная.

Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. PO<sub>2</sub> ~ 98%

\* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 140/90 мм рт. ст.

\* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

\* Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища сухая, гиперемированная, шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: шейка матки плотной консистенции, без особенностей, тракции безболезненные, матка несколько больше нормальных размеров, мягко-эластической консистенции, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются, их область безболезненная, своды глубокие, выделения бели обильные с аминным запахом.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- 37-38 недель
- экстренное родоразрешение на любом сроке
- 40 недель
- 35-36 недель

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**При подозрении на наличие клинических проявлений остеопоротических переломов позвонков, необходимыми для постановки диагноза инструментальным методам обследования будут**

- 37-38 недель
- экстренное родоразрешение на любом сроке
- 40 недель
- 35-36 недель

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Пациентке в качестве основного диагноза можно предположить диагноз**

- 37-38 недель
- экстренное родоразрешение на любом сроке
- 40 недель
- 35-36 недель

## **Диагноз**

**Дальнейшее дообследование и лечение пациентки должно проводиться в**

- гериатрическом отделении
- условиях дневного стационара
- амбулаторных условиях
- отделении гинекологии

**Этой пациентке в качестве менопаузальной гормональной терапии (МГТ) целесообразно назначить**

- фитоэстроген
- эстриол
- эстрадиол/дидрогестерон
- этинилэстрадиол

**Ошибочными показаниями для назначения менопаузальной гормональной будут**

- вазомоторные симптомы
- ранняя или искусственная менопауза
- снижение тургора кожи, появление морщин
- урогенитальные симптомы

**Менопаузальная гормональная терапия может быть назначена**

- в период менопаузального перехода для профилактики климактерических симптомов
- в любом возрасте по желанию пациентки
- при достижении менопаузы у пациентки
- в возрасте до 60 лет при длительности менопаузы менее 10 лет

**Минимально эффективной дозой эстрадиола для менопаузальной гормональной терапии при пероральном использовании признана доза + \_\_\_\_\_ + мг/сут**

- 1,5
- 1
- 0,5
- 2

## **Ошибочным противопоказанием для назначения менопаузальной гормональной терапии будет**

- острый тромбоз и тромбоэмболия
- рак молочной железы и эндометрия
- сильная мигрень
- кровотечение из половых путей неясного генеза

## **Эффективность системной менопаузальной гормональной терапии при генитоуринарном синдроме (ГУМС) составляет**

- 10%
- 45%
- 75%
- 30%

## **Необязательным диагностическим мероприятием для этой пациентки, которое необходимо проводить для оценки состояния ее здоровья будет**

- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- колоноскопия
- онкоцитология (ПАП-тест)
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

## **Периодичность наблюдения за женщинами, принимающими менопаузальную гормональную терапию, составляет**

- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- колоноскопия
- онкоцитология (ПАП-тест)
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 65 лет обратилась к гинекологу женской консультации.

### **Жалобы**

на скудные кровяные выделения из половых путей.

### **Анамнез заболевания**

В течение последних 6 месяцев пациентка стала отмечать появление кровяных

выделения из половых путей различной интенсивности. За медицинской помощью не обращалась.

### **Анамнез жизни**

Начало менструаций с 13 лет, менструации были регулярные, через 26 дней по 7 дней. Менопауза с 55 лет. Половая жизнь с 15 лет, беременность 1, роды 1. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 степени, сахарный диабет 2 типа, ожирение 3 ст.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 100 кг, рост 162 см. Температура тела 36,6<sup>о</sup>С.

\* Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно розовые.

\* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная, тип дыхания грудной, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД – 18 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненная. При перкуссии легких - звук легочный. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

\* Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 140/80 мм рт. ст.

\* Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии.

\* Живот не вздут, не напряжен, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Стул регулярный.

\* Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Дизурии нет.

\* При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, патологии не выявлено. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища и шейки матки нормальной окраски, чистая, из цервикального канала скудные сукровичные выделения. При двуручном исследовании: тело матки не увеличено, придатки четко не пальпируются. Инфильтратов в малом тазу нет.

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- колоноскопия
- онкоцитология (ПАП-тест)
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Учитывая результаты проведенного обследования, для установления клинического диагноза в данном клиническом случае необходимо провести**

- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- колоноскопия
- онкоцитология (РАР-тест)
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

**Результаты обследования**

**На основании данных проведенного обследования больной можно поставить диагноз**

- определение уровня глюкозы крови и ТТГ
- колоноскопия
- онкоцитология (РАР-тест)
- определение липидограммы (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС)

**Диагноз**

**В данном клиническом случае заболевание соответствует стадии**

- T2N0M0
- T16N0M0
- T1aN0M0
- T1N0M0

**Наиболее эффективным вариантом лечения на первом этапе является**

- лучевая терапия
- химиотерапия
- фотодинамическая терапия
- оперативное лечение

**У больной в данной клинической ситуации оптимальным объемом хирургического вмешательства является**

- экстирпация матки с придатками
- экстирпация матки без придатков
- гистеро-резектоскопическая абляция эндометрия
- надвлагалищная ампутация матки

**Опухоль эндометрия, по данным морфологического исследования матки после проведенного оперативного вмешательства, расположена в дне с инвазией в миометрий на 1 мм, шейка матки, яичники и маточные трубы без признаков опухолевого роста, что соответствует стадии заболевания**

- T1N1M0
- T1bN0M0
- T2N0M0
- T1aN0M0

**Основным предрасполагающим фактором развития рака тела матки у данной пациентки является**

- метаболический синдром
- раннее начало половой жизни
- поздняя менопауза
- малое количество беременностей

**Тактика ведения пациентки после проведенного оперативного лечения и уточнения стадии онкопроцесса включает проведение**

- адъювантной лучевой терапии в дозе 40 Гр
- гормонотерапии
- регулярного наблюдения онкологом
- химиотерапии

**После окончания специального противоопухолевого лечения динамическое наблюдение пациентки врачом-гинекологом поликлиники**

- не обязательно
- желательно
- не желательно
- обязательно

**В перечень обязательных исследований в данном клиническом случае не входит**

- мазок с культи влагалища на онкоцитологию
- УЗИ органов малого таза
- рентген органов грудной клетки
- УЗИ брюшной полости

## **Периодичность наблюдения пациентки первые 3 года после излечения составляет 1 раз в**

- мазок с культи влагалища на онкоцитологию
- УЗИ органов малого таза
- рентген органов грудной клетки
- УЗИ брюшной полости

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 36 лет обратилась на амбулаторный прием к гинекологу.

### **Жалобы**

Сухость во рту, тошнота, чувство распирания в животе.

### **Анамнез заболевания**

Вышеописанные жалобы появились через 7 дней после переноса эмбриона в программе ЭКО.

Программа ЭКО - №2, основанием для проведения послужило наличие первичного бесплодия, обусловленного мужским фактором.

Проведен протокол овариальной стимуляции с антагонистами ГнРГ, при пункции фолликулов получено 14 ооцитов, оплодотворение методом ИКСИ, перенос 2-х эмбрионов в полость матки на 5 сутки культивирования.

### **Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: острый бронхит. Операций в анамнезе нет. Гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Наследственный анамнез: у отца – инфаркт миокарда в возрасте 49 лет.

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледные, без высыпаний. Температура 36,7°C. Наблюдаются отеки нижних конечностей, отеки в области половых органов. Лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Система дыхания: дыхание через нос свободное, ЧДД=16 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Система кровообращения: тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/70 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту, ритмичный.

Система пищеварения: язык чистый и влажный. Живот вздут, болезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются**

- мазок с культи влагалища на онкоцитологию
- УЗИ органов малого таза
- рентген органов грудной клетки
- УЗИ брюшной полости

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- мазок с культи влагалища на онкоцитологию
- УЗИ органов малого таза
- рентген органов грудной клетки
- УЗИ брюшной полости

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым диагнозом в данной клинической ситуации является**

- мазок с культи влагалища на онкоцитологию
- УЗИ органов малого таза
- рентген органов грудной клетки
- УЗИ брюшной полости

**Диагноз**

**По степени тяжести данный случай классифицируется как синдром гиперстимуляции + \_\_\_\_\_ + степени**

- критической
- средней
- тяжелой
- легкой

**По времени возникновения данный случай классифицируется как**

- ранний СГЯ
- критический СГЯ

- поздний СГЯ
- преждевременный СГЯ

### **Рациональной тактикой ведения данной пациентки является**

- госпитализация в гинекологическое отделение
- амбулаторное лечение
- лечение в условиях дневного стационара
- госпитализация в хирургическое отделение

### **Консервативная терапия СГЯ включает себя назначение**

- глюкокортикоидов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- низкомолекулярных гепаринов
- антигистаминных препаратов

### **Показанием для оперативного лечения при синдроме гиперстимуляции яичников является**

- сопутствующая эктопическая беременность
- увеличение яичников до 13 см в диаметре
- наличие 400 мл свободной жидкости в полости малого таза
- перенос 2-х эмбрионов в полость матки

### **Показанием для прерывания беременности при наличии СГЯ является**

- дефицит массы тела пациентки
- обострение хронического пиелонефрита
- наступление многоплодной беременности
- СГЯ критической степени тяжести

### **К факторам риска развития синдрома гиперстимуляции яичников относится**

- синдром поликистозных яичников
- «бедный» овариальный ответ в анамнезе
- поздний репродуктивный возраст
- уровень АМГ менее 2,0 нг/мл

### **Триггером для развития раннего синдрома гиперстимуляции яичников является**

- трансвагинальная пункция яичников

- введение триггера овуляции
- введение препарата ЧМГ
- имплантация эмбриона

**Триггером для развития позднего синдрома гиперстимуляции яичников является**

- трансвагинальная пункция яичников
- введение триггера овуляции
- введение препарата ЧМГ
- имплантация эмбриона

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 37 лет обратилась на амбулаторный прием к гинекологу.

### **Жалобы**

На отсутствие беременности в течение 5 лет регулярной половой жизни без контрацепции.

### **Анамнез заболевания**

Ранее по поводу бесплодия к врачам не обращалась.

В анамнезе 2 беременности, 2 медицинских аборта, без осложнений (в другом браке).

Менструации с 12 лет, цикл регулярный, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: хламидийная инфекция (в 1-м браке, пролечена с супругом), миома матки малых размеров (субсерозный узел диаметром 10 мм, без отмеченного роста).

Супругу 34 года, наличие хронических заболеваний отрицает.

### **Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: хронический цистит. Оперативные вмешательства в анамнезе отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительно. Телосложение нормостеническое, нормального питания. Кожные покровы и слизистые бледные, без высыпаний. Температура 36,7°C. Лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Система дыхания: дыхание через нос свободное, ЧДД=16 в минуту.

Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Система кровообращения: тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/80 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту, ритмичный.

Система пищеварения: язык чистый и влажный. Живот не вздут, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме.

Гинекологический осмотр.

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Шейка матки в зеркалах коническая, визуально не изменена.

Тело матки плотное, не увеличено, несколько ограничено в подвижности.

Область правых придатков не изменена.

Область левых придатков не изменена.

Выделения из половых путей светлые.

### **Необходимыми для установления причины бесплодия лабораторными методами являются**

- трансвагинальная пункция яичников
- введение триггера овуляции
- введение препарата ЧМГ
- имплантация эмбриона

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для установления причины бесплодия инструментальными методами обследования являются**

- трансвагинальная пункция яичников
- введение триггера овуляции
- введение препарата ЧМГ
- имплантация эмбриона

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Предполагаемым диагнозом в данной клинической ситуации является Бесплодие, обусловленное**

- трансвагинальная пункция яичников
- введение триггера овуляции
- введение препарата ЧМГ
- имплантация эмбриона

## **Диагноз**

### **Профилактикой данного фактора бесплодия является**

- раннее начало половой жизни
- использование внутриматочной контрацепции
- снижение частоты внутриматочных вмешательств
- снижение частоты избыточной массы тела и ожирения

### **В анамнезе пациентки на вероятную причину бесплодия указывает**

- хламидийная инфекция в анамнезе
- нарушения менструального цикла
- длительность бесплодия
- возраст менархе

### **Рациональной тактикой ведения данной пациентки является**

- внутриматочная инсеминация спермой мужа
- программа ЭКО с использованием спермы мужа
- внутриматочная инсеминация спермой анонимного донора
- программа ЭКО с использованием спермы анонимного донора

### **Профилактикой эктопической беременности после ВРТ является**

- селективный перенос эмбриона
- гистероскопия перед проведением ВРТ
- назначение низкомолекулярных гепаринов
- резекция яичников перед проведением ВРТ

### **Проведение реконструктивной лапароскопии у данной пациентки нецелесообразно, учитывая**

- показатели спермограммы мужа
- уровень АМГ
- возраст 37 лет
- вторичное бесплодие

### **Необходимым условием для проведения реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальном бесплодии является**

- сохраненный овариальный резерв

- первичное бесплодие
- тубэктомия в анамнезе
- патозооспермия у партнера

**Показаниями для использования спермы анонимного донора при проведении ВРТ со стороны мужа является**

- наследственные заболевания у мужа
- астенозооспермия у мужа
- обструктивная азооспермия у мужа
- эякуляторные нарушения у мужа

**Показанием для проведения внутриматочной инсеминации спермой мужа является**

- трубно-перитонеальный фактор бесплодия
- секреторная азооспермия у мужа
- эякуляторные нарушения у супруга
- обструктивная азооспермия у мужа

**Показанием для удаления маточных труб перед ВРТ является**

- трубно-перитонеальный фактор бесплодия
- секреторная азооспермия у мужа
- эякуляторные нарушения у супруга
- обструктивная азооспермия у мужа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 28 лет доставлена в приемное отделение автомобилем «Скорой помощи».

### **Жалобы**

Боли внизу живота, слабость, тошнота.

### **Анамнез заболевания**

4 дня назад проведена пункция яичников в программе ЭКО, получено 7 ооцитов.

Планируется проведение переноса эмбрионов.

Вышеуказанные жалобы появились два дня назад.

### **Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: острый бронхит, острый гайморит, частые ангины. Операции в анамнезе: В возрасте 16 лет - Экстренная лапаротомия. Диагноз: острый гнойный пельвиоперитонит, пиосальпинкс, пиовар. Произведено: удаление правого яичника, дренирование полости малого таза. Гемотрансфузии: трансфузии СЗП в послеоперационном периоде. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез: не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое, повышенного питания. Кожные покровы и слизистые бледные, без высыпаний. Температура 37,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Система дыхания: дыхание через нос свободное, ЧДД=16 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Система кровообращения: тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/70 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. Система пищеварения: язык чистый и влажный. Живот вздут, болезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный.

Гинекологический осмотр:

Половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Шейка матки визуально не изменена.

Тело матки плотное, не увеличено, безболезненное при пальпации.

Отмечается болезненность заднего свода влагалища при пальпации.

Область придатков матки резко болезненна при пальпации.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются**

- трубно-перитонеальный фактор бесплодия
- секреторная азооспермия у мужа
- эякуляторные нарушения у супруга
- обструктивная азооспермия у мужа

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- трубно-перитонеальный фактор бесплодия
- секреторная азооспермия у мужа
- эякуляторные нарушения у супруга

- обструктивная азооспермия у мужа

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Предполагаемым диагнозом в данной клинической ситуации является**

- трубно-перитонеальный фактор бесплодия
- секреторная азооспермия у мужа
- эякуляторные нарушения у супруга
- обструктивная азооспермия у мужа

## **Диагноз**

### **Для дифференциальной диагностики состояния рекомендована консультация**

- хирурга
- анестезиолога
- эндокринолога
- гастроэнтеролога

### **Рациональной тактикой ведения данной пациентки является**

- госпитализация в отделение реанимации
- госпитализация в гинекологическое отделение, консервативное лечение
- госпитализация в гинекологическое отделение, хирургическое лечение
- лечение в условиях дневного стационара

### **Основным показанием для хирургического лечения является**

- наличие лютеиновых кист в яичнике
- наличие жидкости в полости малого таза
- тубовариальное образование по данным УЗИ
- увеличение размеров левого яичника

### **В послеоперационном периоде основным методом лечения является назначение**

- антибиотиков широкого спектра действия
- глюкокортикоидов
- гестагенов
- низкомолекулярных гепаринов

### **Тактика ведения пациентки в данном цикле ЭКО**

- донация эмбрионов
- криоконсервация эмбрионов
- перенос эмбриона в полость матки
- утилизация эмбрионов

### **В программах ВРТ инфекционные осложнения возникают чаще всего после**

- введения гонадотропинов
- трансвагинальной пункции яичника
- переноса эмбриона в полость матки
- биопсии эндометрия

### **В программах ВРТ наиболее вероятным возбудителем инфекционных осложнений является**

- хламидийная инфекция
- гонококковая инфекция
- трихомониаз
- условно-патогенная флора

### **Фактором риска инфекционных осложнений в программах ВРТ является**

- синдром поликистозных яичников
- поздний репродуктивный возраст
- острый сальпингоофорит в анамнезе
- миома матки

### **Основным методом профилактики инфекционных осложнений после пункции яичника является**

- синдром поликистозных яичников
- поздний репродуктивный возраст
- острый сальпингоофорит в анамнезе
- миома матки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В женскую консультацию на амбулаторный прием обратилась пациентка А, 30 лет.

## **Жалобы**

Боль внизу живота без четкой локализации, тошнота, однократно рвота.

## **Анамнез заболевания**

В связи с наличием первичного бесплодия, связанного с мужским фактором, проведено лечение методом ЭКО.

Перенос 1-го эмбриона в полость матки проведен 10 дней назад, в настоящее время принимает фолиевую кислоту 1 мг/сутки и микронизированный прогестерон 600 мг/сутки.

По данным выписного эпикриза из клиники ЭКО: протокол с антагонистами ГнРГ, пункция яичников без особенностей, 12 ооцитов, оплодотворение методом ИКСИ, перенос 1-го эмбриона на 5 сутки культивирования.

## **Анамнез жизни**

Наличие хронических заболеваний отрицает. Перенесенные заболевания: острый гайморит, ветряная оспа, краснуха. В анамнез аппендэктомия в возрасте 16 лет, без осложнений. Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез: у матери сахарный диабет.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Рост 168 см, вес 49 кг, ИМТ 17,4. Кожные покровы и слизистые бледные, без высыпаний. Температура 36,7. Наблюдается пастозность нижних конечностей. Лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Система дыхания: дыхание через нос свободное, ЧДД=16 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Система кровообращения: тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/70 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту, ритмичный.

Система пищеварения: язык чистый и влажный. Живот вздут, чувствительный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный.

По данным гинекологического осмотра:

Наружные половые органы развиты правильно.

Оволосение по женскому типу.

Шейка матки визуально не изменена.

Тело матки плотное, не увеличено, безболезненное при пальпации.

Область придатков без особенностей.

## **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются**

- синдром поликистозных яичников
- поздний репродуктивный возраст
- острый сальпингоофорит в анамнезе

- миома матки

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- синдром поликистозных яичников
- поздний репродуктивный возраст
- острый сальпингофорит в анамнезе
- миома матки

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании данных клинко-лабораторного обследования наиболее вероятным диагнозом является**

- синдром поликистозных яичников
- поздний репродуктивный возраст
- острый сальпингофорит в анамнезе
- миома матки

### **Диагноз**

**Учитывая данные лабораторного обследования, по степени тяжести данный клинический случай является синдромом гиперстимуляции яичников + \_\_\_\_\_ + степени**

- средней
- тяжелой
- критической
- легкой

**Учитывая время появления жалоб пациентки, данный клинический случай следует рассматривать как синдром гиперстимуляции яичников**

- преждевременный
- ранний
- поздний
- критический

**После определения степени тяжести заболевания правильной тактикой ведения данной пациентки является**

- госпитализация в отделение интенсивной терапии
- амбулаторное лечение
- госпитализация в инфекционное отделение
- госпитализация в хирургическое отделение

**Амбулаторное лечение у данной пациентки должно включать в себя**

- строгое ограничение объема потребляемой жидкости
- динамическую оценку веса и диуреза
- физиотерапию
- лечебную гимнастику

**Для профилактики тромботических осложнений у данной пациентки гинеколог назначил**

- ацетилсалициловую кислоту
- глюкокортикостероиды
- низкомолекулярные гепарины
- спазмолитики

**Фактором риска СГЯ у данной пациентки является**

- первичное бесплодие
- селективный перенос эмбриона
- протокол с антагонистами ГнРГ
- дефицит массы тела

**При наличии СГЯ в анамнезе пациентки вероятность возникновения данного осложнения в повторной программе ВРТ**

- не зависит от данных анамнеза
- снижается
- увеличивается
- исключена

**Для профилактики раннего синдрома гиперстимуляции яичников рекомендуется**

- назначение высокой стартовой дозы гонадотропинов
- введение триггера овуляции ХГЧ

- введение триггера овуляции агониста ГнРГ
- введение гестагенов

### **Основным методом профилактики позднего синдрома гиперстимуляции яичников является**

- назначение высокой стартовой дозы гонадотропинов
- введение триггера овуляции ХГЧ
- введение триггера овуляции агониста ГнРГ
- введение гестагенов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 25 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

### **Жалобы**

На отсутствие самостоятельных менструаций в течение 2 лет.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 11 лет, менструальный цикл регулярный до 23 лет. Менструации 4-5 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 1 беременность, 1 своевременные самопроизвольные роды без осложнений в возрасте 22 лет. Далее 8 месяцев проводилось грудное вскармливание, после окончания которого менструальный цикл восстановился и сохранялся регулярным. Через 3 месяца после восстановления менструального цикла пациентка отметила слабость, потерю аппетита, снижение либидо, нарушение сна по типу ранних пробуждений, что сопровождалось снижением массы тела на 5 кг и прекращением менструаций.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания: хронический гастрит, мигрень, дискинезия желчевыводящих путей;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* семейный анамнез: мама – сахарный диабет 2 типа, бабушка – рак молочной железы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 57 кг. ИМТ 22,3. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

### **Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования для данной пациентки является анализ крови на определение уровней пролактина, ЛГ, ФСГ и**

- назначение высокой стартовой дозы гонадотропинов
- введение триггера овуляции ХГЧ
- введение триггера овуляции агониста ГнРГ
- введение гестагенов

### **Результаты лабораторного метода обследования**

#### **Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, необходимо назначить**

- назначение высокой стартовой дозы гонадотропинов
- введение триггера овуляции ХГЧ
- введение триггера овуляции агониста ГнРГ
- введение гестагенов

### **Результаты обследования**

#### **На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного обследования пациентке можно поставить диагноз**

- назначение высокой стартовой дозы гонадотропинов
- введение триггера овуляции ХГЧ
- введение триггера овуляции агониста ГнРГ
- введение гестагенов

### **Диагноз**

#### **Кроме функциональной гипоталамической аменореи, в качестве сопутствующего диагноза вы не можете исключить наличие**

- нервной анорексии

- тревожного расстройства
- булимического синдрома
- депрессивного эпизода

**В качестве наиболее целесообразного подхода к терапии данной пациентки с функциональной гипоталамической аменореей на первом этапе можно предложить**

- комбинированные оральные контрацептивы
- антиоксидантную терапию и витаминотерапию
- заместительную гормональную терапию
- модификацию образа жизни

**Учитывая наличие у пациентки нарушения сна по типу ранних пробуждений, слабости, потери аппетита, снижения либидо, Вы направите ее на консультацию к**

- терапевту
- физиотерапевту
- психиатру
- неврологу

**С целью контроля за восстановлением энергетического баланса у данной пациентки нужно ориентироваться на показатель уровня + \_\_\_\_\_ + в крови**

- лептина
- инсулина
- кортизола
- свободного T4

**Данная пациентка в настоящее время беременность не планирует. + В случае неэффективности мероприятий по коррекции энергетического баланса и психического статуса и отсутствии восстановления ритма менструаций нужно назначить**

- прямые индукторы овуляции
- заместительную гормонотерапию
- комбинированные оральные контрацептивы
- непрямые индукторы овуляции

**Для лечения основного заболевания с учетом имеющегося у пациентки сопутствующего заболевания (мигрень с аурой) в качестве препаратов для заместительной гормонотерапии предпочтительнее назначить**

- эстрадиол гель 1 мг {plus} диеногест микронизированный 2 мг
- эстрадиола гемигидрат 2 мг в сочетании с дидрогестероном 10 мг
- эстрадиола валерат 2 мг в сочетании с левоноргестрелом 150 мкг
- эстрадиол гель 1 мг {plus} микронизированный прогестерон 200 мг

**Заместительную гормональную терапию назначается на срок + \_\_\_\_ + месяца(ев)**

- 3-6
- 13-24
- 1-2
- 7-12

**Данной пациентке не рекомендован прием комбинированных оральных контрацептивов по причине**

- их подавляющего эффекта на секрецию гонадотропинов
- их стимулирующего эффекта на секрецию пролактина
- наличия связанных с ними тромботических рисков
- снижения уровня ПССГ на фоне их приема

**Учитывая длительность аменореи 2 года, с целью оценки долгосрочных последствий функциональной гипоталамической аменореи у данной пациентки в качестве дополнительного обследования следует назначить**

- их подавляющего эффекта на секрецию гонадотропинов
- их стимулирующего эффекта на секрецию пролактина
- наличия связанных с ними тромботических рисков
- снижения уровня ПССГ на фоне их приема

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 18 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

## **Жалобы**

На отсутствие самостоятельных менструаций.

## **Анамнез заболевания**

У пациентки первичная аменорея.

## **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания: отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность: бабушка по маминой линии - сахарный диабет 2-го типа

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 143 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. На шее определяются ластовидные складки.

Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, грудная клетка бочковидной формы, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Отмечается вальгусная деформация суставов.

## **Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования для данной пациентки является анализ крови на определение уровней пролактина, ЛГ, ФСГ и**

- их подавляющего эффекта на секрецию гонадотропинов
- их стимулирующего эффекта на секрецию пролактина
- наличия связанных с ними тромботических рисков
- снижения уровня ПССГ на фоне их приема

## **Результаты лабораторного метода обследования**

## **Учитывая данные анамнеза пациентки, необходимым для постановки диагноза дополнительным методом первого этапа обследования является**

- их подавляющего эффекта на секрецию гонадотропинов
- их стимулирующего эффекта на секрецию пролактина
- наличия связанных с ними тромботических рисков
- снижения уровня ПССГ на фоне их приема

## **Результаты обследования**

**У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является**

- их подавляющего эффекта на секрецию гонадотропинов
- их стимулирующего эффекта на секрецию пролактина
- наличия связанных с ними тромботических рисков
- снижения уровня ПССГ на фоне их приема

**Диагноз**

**Наиболее грозная патология, ассоциированная с повышением смертности пациенток с синдромом Шерешевского-Тернера, которую можно ожидать в данном случае, это**

- сердечно-сосудистая патология
- злокачественные новообразования
- почечная недостаточность
- инфекционные осложнения

**В качестве терапии первой линии для данной пациентки целесообразно назначение**

- заместительной гормональной терапии
- комбинированных оральных контрацептивов
- агонистов гонадотропин-рилизинг гормона
- не прямых индукторов овуляции

**Назначение заместительной гормональной терапии для данной пациентки в первую очередь показано для**

- последующей реализации репродуктивной функции
- профилактики углеводных нарушений
- имитации нормальной работы яичников
- снижения уровней гонадотропинов

**При подборе заместительной гормональной терапии данной пациентке наиболее предпочтительным будет назначить**

- натуральные эстрогены и гестагены в непрерывном режиме
- натуральные эстрогены и гестагены в циклическом режиме
- синтетические эстрогены и гестагены в циклическом режиме
- комбинированные оральные контрацептивы

## **Заместительную гормональную терапию эстрогенами и прогестероном данной пациентке необходимо будет проводить до**

- возраста формирования пиковой костной массы
- достижения нормальных уровней гонадотропинов
- возраста естественной менопаузы
- формирования вторичных половых признаков

## **С целью выявления дефицита гормона роста данной пациентке следует провести**

- функциональную пробу с АКТГ
- стимуляционную пробу с инсулином
- измерение уровня гормона роста дважды утром и вечером
- однократное измерение уровня гормона роста

## **Удаление гонад у данной пациентки**

- должно проводиться после формирования пиковой костной массы
- проводится только при заинтересованности в беременности
- нецелесообразно ввиду отсутствия Y хромосомы в кариотипе
- целесообразно проводить сразу же после постановки диагноза

## **В случае заинтересованности в реализации репродуктивной функции данной пациентке рекомендуется**

- хирургическое удаление гонад и селекция ооцитов
- ЭКО с созревaniem ооцитов in vitro (IVM)
- ЭКО с донацией ооцитов/эмбрионов
- прибегнуть к суррогатному материнству

## **С учетом антропометрических и клиничко-анамнестических данных пациентки для профилактики осложнений ей следует рекомендовать**

- хирургическое удаление гонад и селекция ооцитов
- ЭКО с созреванием ооцитов in vitro (IVM)
- ЭКО с донацией ооцитов/эмбрионов
- прибегнуть к суррогатному материнству

## **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Женщина 18 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

## **Жалобы**

На отсутствие самостоятельных менструаций в течение последних 8 мес., избыточный рост волос на лице, бедрах, набор массы тела на 5 кг на фоне стресса за последние 6 месяцев.

## **Анамнез заболевания**

Менархе в 15 лет. Менструации по 4-6 дней, нерегулярные с менархе с задержками до 2-3 месяцев, умеренные, безболезненные.

## **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания - отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* у мамы сахарный диабет 2 типа.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 68 кг. ИМТ 25,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторным методом обследования является анализ крови на определение уровней ФСГ, ЛГ, пролактина и**

- хирургическое удаление гонад и селекция ооцитов
- ЭКО с созревaniem ооцитов in vitro (IVM)
- ЭКО с донацией ооцитов/эмбрионов
- прибегнуть к суррогатному материнству

## **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке необходимым дополнительным методом обследования является**

- хирургическое удаление гонад и селекция ооцитов

- ЭКО с созреванием ооцитов in vitro (IVM)
- ЭКО с донацией ооцитов/эмбрионов
- прибегнуть к суррогатному материнству

### **Результаты обследования**

#### **У данной пациентки основным предполагаемым диагнозом является**

- хирургическое удаление гонад и селекция ооцитов
- ЭКО с созреванием ооцитов in vitro (IVM)
- ЭКО с донацией ооцитов/эмбрионов
- прибегнуть к суррогатному материнству

### **Диагноз**

#### **Сопутствующим диагнозом у данной пациентки является**

- нарушение толерантности к глюкозе
- сахарный диабет II типа, инсулинонезависимый
- высокая гликемия натощак
- сахарный диабет I типа, инсулинозависимый

#### **Выбор тактики ведения СПКЯ у данной пациентки определяется**

- степенью метаболических нарушений
- необходимостью контрацепции
- заинтересованностью в беременности
- длительностью аменореи

#### **В качестве первой линии терапии, направленной на снижение массы тела у данной пациентки, следует рассматривать**

- модификацию образа жизни
- повышение количества жиров в рационе
- терапию лираглутидом
- терапию инсулиносенситайзерами

#### **При неэффективности модификации образа жизни для коррекции нарушения углеводного обмена в качестве препарата первой линии следует назначить**

- сибутрамин
- миоинозитол

- инсулин
- метформин

**Для лечения гирсутизма данной пациентке целесообразно назначить**

- антиандрогены нестероидной природы
- ингибиторы 5-альфа-редуктазы
- комбинированные гормональные контрацептивы
- нестероидные противовоспалительные препараты

**Для достижения клинического эффекта при гирсутизме длительность приема комбинированных гормональных контрацептивов у данной пациентки должна составлять**

- не более 1 месяца
- не менее 6 месяцев
- не менее 12 месяцев
- не более 3 месяцев

**При неэффективности терапии, направленной на коррекцию гирсутизма, у данной пациентки возможна комбинация комбинированных гормональных контрацептивов с**

- стероидными гормонами класса кортикостероидов
- нестероидными антиандрогенами
- синтетическими формами фолатов
- инсулинсенситайзерами

**Данной пациентке после модификации образа жизни в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия в случае заинтересованности в беременности рекомендуется**

- применение кломифена цитрата
- клиновидная резекция яичников
- применение гонадотропинов
- проведение лапароскопии, дреллинга яичников

**При невозможности проведения 2-х часового перорального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы данной пациентке можно рекомендовать оценить**

- применение кломифена цитрата
- клиновидная резекция яичников

- применение гонадотропинов
- проведение лапароскопии, дреллинга яичников

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 20 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

### **Жалобы**

На отсутствие менструаций, отсутствие развития молочных желез.

### **Анамнез заболевания**

У пациентки первичная аменорея. Похудения не было, чрезмерные занятия спортом, стресс отрицает.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания: хронический гастрит, хронический тонзиллит, острый гайморит, хронический ринит. Отмечает отсутствие обоняния, что связывает с хроническим ринитом.
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* семейный анамнез: мама – сахарный диабет 2 типа, рак яичника. Бабушка – фиброаденома молочной железы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 50 кг. ИМТ 20,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Отставание полового развития Tanner 1

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования для данной пациентки являются анализ крови на определение уровня бета-ХГЧ, ТТГ, пролактина и**

- применение кломифена цитрата
- клиновидная резекция яичников
- применение гонадотропинов

- проведение лапароскопии, дриллинга яичников

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, необходимо дополнительно назначить**

- применение кломифена цитрата
- клиновидная резекция яичников
- применение гонадотропинов
- проведение лапароскопии, дриллинга яичников

### **Результаты обследования**

**С целью диагностики уровня поражения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы данной пациентке нужно назначить**

- пробу с дексаметазоном
- анализ на уровень СТГ
- гестагенную пробу
- пробу с диферелином

**На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного обследования пациентке можно поставить диагноз**

- пробу с дексаметазоном
- анализ на уровень СТГ
- гестагенную пробу
- пробу с диферелином

### **Диагноз**

**После установки диагноза синдрома Каллмана данной пациентке в качестве дополнительных методов обследования будет рекомендовано проведение**

- денситометрии жировой ткани
- офтальмоскопии
- цитогенетического обследования
- определение аутоантител к антигенам яичников

**В качестве наиболее целесообразного подхода к терапии данной пациентке будет предложено**

- антиоксидантную терапию и витаминотерапию
- проведение заместительной гормональной терапии
- назначение комбинированных оральных контрацептивов
- модификацию образа жизни

**У пациентки отсутствует развитие молочных желез. Учитывая это, с целью развития молочных желез заместительную гормонотерапию нужно начать с назначения**

- эстрадиола гемигидрата 1 мг в непрерывном режиме
- тиболона 2,5 мг
- улипирстала ацетата 5 мг
- этинилэстрадиола 0,02 мг в сочетании с дроспиреноном 3 мг

**У пациентки на фоне первых 6 месяцев приема отсутствует менструальное кровотечение. В данной ситуации можно рекомендовать**

- отменить гормонотерапию с последующим возобновлением через 1 год
- стимуляцию гипоталамуса агонистами ГнРГ
- продолжить терапию в таком же режиме в течение 1 года
- увеличить исходную дозу эстрогенов в 2 раза

**Учитывая низкорослость данной больной, в качестве дополнительного метода лечения рекомендован прием**

- рекомбинантного гормона роста
- заместительной терапии препаратами тиреоидных гормонов
- бисфосфонатов
- низких доз глюкокортикоидов

**Заместительную гормонотерапию данной больной следует проводить**

- до наступления возраста 35 лет
- до момента формирования пиковой костной массы
- курсами длительностью 1 год с интервалами 3 месяца
- до периода естественной менопаузы

**В качестве дополнительного молекулярно-генетического исследования у данной больной информативным является анализ на мутацию гена**

- {nbsp}GNRH
- {nbsp}FMR-1

- {nbsp}СYP21
- {nbsp}СYP17A1

**Для определения костного возраста и прогноза роста данной больной необходимо проведение**

- {nbsp}GNRH
- {nbsp}FMR-1
- {nbsp}СYP21
- {nbsp}СYP17A1

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 31 года обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

### **Жалобы**

На отсутствие самостоятельных менструаций в течение последних 6 мес., периодически возникающие головные боли.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 12 лет, менструальный цикл был регулярный до 29 лет. Длительность менструации 4-6 дней, умеренные, безболезненные. В 27 лет спонтанно наступила беременность, которая закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений (родилась девочка массой 3000 г, ростом – 50 см). с 29-летнего возраста отмечает нарушение менструального цикла по типу задержек до 2–3 мес., к врачам не обращалась. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие самостоятельных менструаций.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 57 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД

110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования для данной пациентки является анализ крови на определение уровней ТТГ, ЛГ, ФСГ и**

- {nbsp}GNRH
- {nbsp}FSH
- {nbsp}LH
- {nbsp}PRL

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, необходимо дополнительно назначить**

- {nbsp}GNRH
- {nbsp}FSH
- {nbsp}LH
- {nbsp}PRL

**Результаты обследования**

**На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного и инструментального обследования пациентке можно поставить диагноз**

- {nbsp}GNRH
- {nbsp}FSH
- {nbsp}LH
- {nbsp}PRL

**Диагноз**

**Данной пациентке с выявленной гиперпролактинемией дополнительно рекомендовано**

- оценить функцию почек, щитовидной железы
- мониторинг артериального давления в течение суток
- проведение электроэнцефалографии
- проведение пробы с тиролиберинем, леводопой, домперидоном

**В данном случае необходимо проводить терапию гиперпролактинемии с целью**

- нормализации уровня пролактина и уменьшения размеров опухоли
- профилактики заболеваний молочных желез
- уменьшения выраженности головных болей
- профилактики развития симптоматической эпилепсии

**У пациентки гиперпролактинемия опухолевого генеза. В качестве метода выбора для данной пациентки будет назначено**

- применение агонистов дофамина
- хирургическое лечение
- применение комбинированных оральных контрацептивов
- применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона

**В качестве препарата первой линии при лечении гиперпролактинемии будет назначен**

- перголид
- каберголин
- бромокриптин
- хинаголид

**Данной пациентке каберголин будет назначен в недельной дозе + \_\_\_\_\_ + мг**

- 2
- 4
- 1
- 3

**Снижение дозы каберголина или его отмена будет рекомендована пациентке не ранее, чем через + \_\_\_\_ + месяца(ев)**

- 3
- 6
- 24
- 12

**После отмены агонистов дофамина динамический контроль уровня пролактина будет проводиться**

- каждый месяц в течение 1 года, далее 1 раз в 3 месяца в течение как минимум 2-х лет

- 1 раз в 6 месяцев в течение как минимум 5 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, далее ежегодно в течение как минимум 5 лет
- через каждые 3 месяца

**При подтверждении факта наступления беременности на фоне приема каберголина пациентке будет назначено**

- продолжить терапию каберголином
- уменьшить дозировку каберголина вдвое
- сменить препарат на бромкриптин
- отменить терапию каберголином

**В случае непереносимости высоких доз каберголина и резистентности к другим препаратам данной группы пациентке будет рекомендовано**

- продолжить терапию каберголином
- уменьшить дозировку каберголина вдвое
- сменить препарат на бромкриптин
- отменить терапию каберголином

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 40 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

### **Жалобы**

На отсутствие самостоятельных менструаций в течение последнего года, периодически возникающие приливы 3-4 раза в сутки, преимущественно в вечерние часы, снижение либидо, бессонницу, отсутствие наступления беременности в течение последних 2-х лет. Муж обследован у андролога. Соматически здоров, по результатам спермограммы – нормозооспермия, MAR-тест отрицательный.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 11 лет. Менструации по 4-6 дней, через 28-30 дней умеренные, безболезненные до 28 лет. В возрасте 37 лет отметила укорочение менструального цикла до 22-24 дней. В возрасте 38 лет отметила появление задержек менструаций до 45-50 дней, сопровождавшееся функциональными кистами. С 39 лет в течение 12 месяцев – аменорея.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания: витилиго;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* у мамы менопауза наступила в возрасте 43 лет

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 58 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования для данной пациентки являются анализ крови на определение уровня бета-ХГЧ, ТТГ, пролактина, ЛГ, эстрадиола и**

- продолжить терапию каберголином
- уменьшить дозировку каберголина вдвое
- сменить препарат на бромкриптин
- отменить терапию каберголином

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, инструментальными методами обследования являются**

- продолжить терапию каберголином
- уменьшить дозировку каберголина вдвое
- сменить препарат на бромкриптин
- отменить терапию каберголином

### **Результаты обследования**

**На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного обследования пациентке можно поставить диагноз**

- продолжить терапию каберголином
- уменьшить дозировку каберголина вдвое
- сменить препарат на бромкриптин
- отменить терапию каберголином

## **Диагноз**

**У пациентки аменорея в течение 12 месяцев. На данном этапе после установки диагноза пациентке будет назначено**

- проведение функциональной пробы с клостилбегитом
- мониторинг артериального давления в течение суток
- проведение денситометрии костной ткани
- проведение электроэнцефалографии

**Лечение данной пациентки проводится с целью**

- профилактики развития симптоматической эпилепсии
- уменьшения выраженности симптомов депрессии
- профилактики заболеваний молочных желез
- достижения оптимального качества жизни

**При лечении пациентки будет рекомендован прием**

- комбинированных оральных контрацептивов
- заместительной гормональной терапии
- растительных препаратов на основе витекса
- непрямых индукторов овуляции

**Наиболее предпочтительным вариантом заместительной гормонотерапии у данной пациентки будет**

- комбинация эстрогенов и гестагенов в непрерывном режиме
- прием комбинированных оральных контрацептивов
- комбинация эстрогенов и гестагенов в циклическом режиме
- прием препаратов мужских половых гормонов

**При проведении заместительной гормонотерапии у данной пациентки в качестве эстрогенного компонента будут назначены**

- трансдермальные формы эстрогенов в циклическом режиме
- пероральные формы эстрогенов в непрерывном режиме
- трансдермальные формы эстрогенов в непрерывном режиме
- пероральные формы эстрогенов в циклическом режиме

**При проведении заместительной гормонотерапии данной пациентке в качестве гестагенного компонента назначается**

- микронизированный прогестерон
- дроспиренон
- норэтистерон ацетат
- гестоден

### **Назначена парентеральная форма ЗГТ вместо таблетированной, потому что парентеральные формы ЗГТ**

- подавляют синтез инсулиноподобного фактора роста
- обладают контрацептивным эффектом
- снижают уровень тестостерона
- не влияют на метаболизм печени
- позволяют достичь стабильных концентраций половых гормонов в крови
- не активируют свертывающую систему гемостаза

### **С целью достижения беременности данной больной будет рекомендована**

- донация ооцитов/эмбрионов
- стимуляция овуляции непрямыми индукторами овуляции
- стимуляция овуляции прямыми индукторами овуляции
- суррогатное материнство

### **В качестве дополнительного метода обследования после верификации диагноза преждевременной недостаточности яичников пациентке можно предложить провести**

- донация ооцитов/эмбрионов
- стимуляция овуляции непрямыми индукторами овуляции
- стимуляция овуляции прямыми индукторами овуляции
- суррогатное материнство

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 35 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

### **Жалобы**

На отсутствие самостоятельных менструаций в течение 1 года.

### **Анамнез заболевания**

Менструации с 11 лет, по 4-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. В возрасте 32 лет своевременные роды через естественные родовые пути. Послеродовой период осложнился сохраняющимися кровяными выделениями из полости матки в связи с остатками плацентарной ткани. На 8-й день после родов было произведено диагностическое выскабливание, удаление остатков плаценты. Антибиотикотерапия проводилась в течение 10 дней. В последующем лактация в течение 1 года, после прекращения которой менструальный цикл восстановился, однако менструации были крайне скудные (в виде скудных мажущих кровянистых выделений в течение дня). С 34 лет менструации прекратились.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственность неотягощена.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 143 см, масса тела 51 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Опорно-двигательный аппарат, мышечная система без видимых изменений. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, грудная клетка бочковидной формы, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение уровня бета-ХГЧ, ТТГ, пролактина, эстрадиола и**

- донация ооцитов/эмбрионов
- стимуляция овуляции непрямыми индукторами овуляции
- стимуляция овуляции прямыми индукторами овуляции
- суррогатное материнство

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, инструментальным методом обследования является**

- донация ооцитов/эмбрионов
- стимуляция овуляции непрямыми индукторами овуляции

- стимуляция овуляции прямыми индукторами овуляции
- суррогатное материнство

## **Результаты обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке в качестве дополнительного теста необходимо провести пробу с**

- дексаметазоном
- гестагенами и эстроген-гестагенами
- непрямым индуктором овуляции (кломифен-цитрат)
- агонистом ГнРГ

**На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного обследования пациентке можно поставить диагноз**

- дексаметазоном
- гестагенами и эстроген-гестагенами
- непрямым индуктором овуляции (кломифен-цитрат)
- агонистом ГнРГ

## **Диагноз**

**В качестве наиболее целесообразного подхода к терапии данной пациентки с синдромом Ашермана на первом этапе можно предложить**

- комбинированные оральные контрацептивы
- внутриматочное орошение растворами антисептиков
- гистероскопию
- лапароскопию

**Гистероскопию пациентке необходимо провести с целью**

- разделения грубых синехий в области шейки матки
- визуализации устьев маточных труб
- восстановления нормальной формы полости матки
- создания условий для оттока менструальной крови

**В качестве наиболее предпочтительного метода рассечения плотных внутриматочных синехий нужно выбрать**

- выскабливание полости матки

- гистерорезектоскопию с электродом
- разделение синехий пайпелем
- выскабливание полости матки под контролем гистероскопии

### **Антибактериальную терапию в данной клинической ситуации**

- нужно проводить внутриматочную
- нужно проводить, назначив антибактериальные препараты широкого спектра действия
- проводить не показано
- нужно проводить с использованием антибактериальных препаратов группы резерва

### **После хирургического этапа пациентке будет назначена(ны)**

- комбинированные оральные контрацептивы в течение 3-х месяцев
- длительная заместительная гормонотерапия
- нестероидные противовоспалительные препараты
- ферментные препараты с гиалуронидазной активностью

### **В качестве наиболее оптимального режима ЗГТ будет назначена**

- непрерывная терапия эстрогенами в сочетании с циклическим приемом гестагенов через каждые 8 недель
- непрерывная терапия эстрогенами с добавлением гестагенного компонента в случае появления аномальных маточных кровотечений
- непрерывная терапия эстрогенами в сочетании с циклическим приемом гестагенов через каждые 3 недели
- непрерывная терапия эстрогенами

**Пациентка указывает, что планирует беременность, однако на фоне ЗГТ через 3 месяца пациентка отметила отсутствие менструальноподобной реакции после завершения курса гестагенов. Беременность исключена. Учитывая это, нужно рекомендовать пациентке**

- витаминотерапию
- продолжить ЗГТ с увеличением дозы принимаемых эстрогенов
- повторную гистерорезектоскопию
- стимуляцию овуляции кломифена цитратом

**Повторная гистерорезектоскопия не привела к восстановлению менструации. Дальнейшей тактикой врача, учитывая заинтересованность пациентки в беременности, является**

- витаминотерапию

- продолжить ЗГТ с увеличением дозы принимаемых эстрогенов
- повторную гистерорезектоскопию
- стимуляцию овуляции кломифена цитратом

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 25 лет обратилась на приём к врачу акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На обильные менструации, слабость, снижение работоспособности, затруднения при занятии спортом.

### **Анамнез заболевания**

Менструации с 13 лет, в течение года были нерегулярные, задержки до 2-3 месяцев. В 14 лет – эпизод обильного маточного кровотечения, с последующей госпитализацией в стационар, был назначен гормональный гемостаз низко дозированным комбинированным оральным контрацептивом. После купирования обильного маточного кровотечения и выписки из стационара рекомендован прием микродозированных комбинированных контрацептивов в течение 3 месяцев по контрацептивной схеме. После отмены препарата цикл был в пределах 25-30 дней, менструации до 7 дней, иногда обильные (смена гигиенических средств каждые 2-3 часа), безболезненные. В 16 лет – начало половой жизни, предохранение – прерванным половым актом. В 17 лет на фоне сильного стресса (поступление в институт) – повторная госпитализация в гинекологический стационар с обильным маточным кровотечением, подозрение на внематочную беременность. Проведено исследование на ХГЧ в сыворотке крови – менее 1 Ед/л. Начат гормональный гемостаз низкодозированным комбинированным оральным контрацептивом и транексамовой кислотой, однако в течение 3 дней приема добиться положительной динамики не удалось, в связи с чем было проведено раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. Результат гистологического исследования – эндометрий поздней стадии пролиферации. После операции был рекомендован прием низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов длительно. Однако через 4 месяца приема пациентка отметила появление акне на лице, прибавку веса на 5 кг, перепады настроения. Самостоятельно отменила прием комбинированных оральных контрацептивов. В дальнейшем к врачу не обращалась, при эпизодах обильных менструаций использовала транексамовую кислоту с незначительным эффектом.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции – ветряная оспа в 5 лет. Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Продолжительность менструального цикла 24-28 дней, менструации по 7-8 дней, обильные, безболезненные. Беременностей не было, в настоящее время не планирует. Нуждается в контрацепции. Семейный анамнез по тромбоэмболическим и сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое, правильное. Питание пониженное. При осмотре: рост 165 см, вес 53 кг, ИМТ – 19.5 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, бледные, обычной влажности. Признаков расширения подкожных вен нижних конечностей не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, узловые образования не определяются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Молочные железы симметричные, округлой формы, мягко-эластической консистенции при пальпации, безболезненные, выделений из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Выделений из половых путей нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые. Шейка матки коническая, чистая. Матка нормальных размеров, мышечной консистенции, в правильном положении, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются, пальпация их области безболезненная. Своды свободные. Выделения слизистые.

### **К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям относятся**

- витаминотерапию
- продолжить ЗГТ с увеличением дозы принимаемых эстрогенов
- повторную гистерорезектоскопию
- стимуляцию овуляции кломифена цитратом

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования относится**

- витаминотерапию
- продолжить ЗГТ с увеличением дозы принимаемых эстрогенов
- повторную гистерорезектоскопию
- стимуляцию овуляции кломифена цитратом

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Пациентке для постановки диагноза анемия требуется проведение консультации**

- витаминотерапию
- продолжить ЗГТ с увеличением дозы принимаемых эстрогенов
- повторную гистерорезектоскопию
- стимуляцию овуляции кломифена цитратом

### **Результаты обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- витаминотерапию
- продолжить ЗГТ с увеличением дозы принимаемых эстрогенов
- повторную гистерорезектоскопию
- стимуляцию овуляции кломифена цитратом

### **Диагноз**

### **Обильную менструацию в данном клиническом случае следует считать следствием**

- органической патологии матки и эндометрия
- неорганической патологии матки и эндометрия
- онкологической патологии матки и эндометрия
- экстрагенитальной патологии женщины

### **Основной контрацепцией у женщины репродуктивного возраста с обильной и частой менструацией, не планирующей беременность, является применение**

- спермицидов

- комбинированных оральных контрацептивов
- стерилизации
- презервативов

**Гормональная терапия комбинированными оральными контрацептивами включает применение препарата, содержащего**

- этинилэстрадиол и хлормадион
- этинилэстрадиол и левоноргестрел
- этинилэстрадиол и дезогестрел
- эстрадиолавалерат и диеногест

**Прием комбинированных оральных контрацептивов женщине с обильной менструацией, нуждающейся в контрацепции, назначают, начиная с возраста**

- сорока лет
- менархе
- двадцати лет
- тридцати лет

**Прием комбинированных оральных контрацептивов пациентке следует назначить до**

- наступления пременопаузы
- наступления беременности
- планирования беременности
- наступления менопаузы

**Функциональную неорганическую обильную менструацию у пациентки следует дифференцировать с**

- аденомиозом
- полипом эндометрия
- миомой матки
- гиперплазий

**У пациентки при приеме комбинированных оральных контрацептивов прогноз в отношении купирования анемии и улучшения качества жизни**

- сомнительный
- неопределённый
- благоприятный

- неблагоприятный

**У пациентки при приеме комбинированных оральных контрацептивов возможно ожидать побочные эффекты и нежелательные явления в виде**

- сомнительный
- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 42 лет обратилась на приём к врачу акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На обильные менструации, слабость, снижение работоспособности, прибавку веса + 5 кг, периодически подъемы АД до 150/90 мм рт. ст.

### **Анамнез заболевания**

Менструации обильные с менархе. В течение жизни и в последнее время объем кровопотери при менструации не увеличился.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции – отрицает. Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, по 6-7 дней, через 25-26 дней, обильные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Имела четыре беременности: два самопроизвольных выкидыша на ранних сроках, далее срочные роды через естественные родовые пути, один медицинский аборт, без осложнений. Наблюдается по поводу миомы матки: два межмышечных узла по задней стенке диаметром 1,5 и 2,0 см, без динамики. Два года назад выполнено отдельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии по поводу обильной менструации. Гистологический результат фаза секреции. Очередная менструация после отдельного диагностического выскабливания и гистероскопии – обильная. Беременность в настоящее время не планирует. Нуждается в контрацепции. Семейный анамнез по тромбоэмболическим и сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание повышенное. При осмотре: рост 170 см, вес 92 кг, ИМТ – 31.14 кг/м<sup>2</sup>. Кожные

покровы чистые, бледные, обычной влажности. Признаков расширения подкожных вен нижних конечностей не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, узловые образования не определяются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Молочные железы симметричные, округлой формы, мягко-эластической консистенции при пальпации, безболезненные, выделений из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Выделений из половых путей нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Матка увеличена до 5 недель условной беременности, мышечной консистенции, подвижная, безболезненная. Пальпация придатков безболезненная, объемных образований не выявлено. Выделения слизистые.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям относится определение**

- сомнительный
- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный

**Результаты лабораторного метода обследования**

**К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования относится**

- сомнительный
- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный

**Результаты инструментального метода обследования**

**Пациентке для постановки диагноза анемия требуется проведение консультации гематолога и**

- сомнительный

- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный

### **Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- сомнительный
- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный

### **Диагноз**

**Обильную менструацию в данном клиническом случае следует считать следствием**

- экстрагенитальной патологии женщины
- неструктурной патологии эндометрия
- патологии системы гемостаза
- онкологической патологии матки и эндометрия

**Основным методом контрацепции у женщины позднего репродуктивного возраста с интрамуральной миомой матки, не планирующей беременность, является применение**

- гормональных контрацептивов
- стерилизации
- презервативов
- спермицидов

**Гормональная терапия гормональными контрацептивами у женщины позднего репродуктивного возраста с интрамуральной миомой матки, нуждающейся в контрацепции, включает применение препарата, содержащего**

- хлормадион 20 мг
- дезогестрел 75 мкг
- этоногестрел 68 мг

- левоноргестрел 20 мкг/24 часа

**Прием гормонального контрацептива женщине позднего репродуктивного возраста с интрамуральной миомой матки и обильной менструацией, нуждающейся в контрацепции, назначают сразу**

- после проведения осмотра
- после ультразвукового исследования
- при постановке диагноза
- после получения гистологии

**Прием гормонального контрацептива пациентке позднего репродуктивного возраста с интрамуральной миомой матки и обильной менструацией, следует назначить в течение +\_\_+ лет**

- 10
- 5
- 7
- 15

**Этиологию обильной менструацией у пациентки следует дифференцировать с**

- эндометритом
- гиперплазией
- коагулопатией
- миомой 0 типа

**У пациентки при приеме гормонального контрацептива прогноз в отношении купирования анемии и улучшения качества жизни**

- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный
- сомнительный

**У пациентки при приеме гормонального внутриматочного контрацептива возможно ожидать побочные эффекты и нежелательные явления в виде**

- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный
- сомнительный

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 28 лет обратилась на приём к врачу акушеру-гинекологу.

### Жалобы

На обильные менструации со сгустками, болезненные менструации, слабость, снижение работоспособности.

### Анамнез заболевания

Менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные, болезненные с менархе. В 21 год выявлена киста правого яичника 5 см, подозрение на эндометриодную, по УЗИ без динамики, по поводу чего проведена лапароскопия, цистэктомия (по данным гистологического исследования – эндометриодная киста). После операции был рекомендован 3х-месячный курс агонистов Гн-РГ, в дальнейшем терапию не получала, проводилось динамическое наблюдение. После операции менструации продолжают оставаться обильными и болезненными.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции – корь в 3 года, ветряная оспа в 5 лет. Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Продолжительность менструального цикла 28-30 дней, менструации по 7-8 дней, обильные, болезненные. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей не было, в настоящее время не планирует. Нуждается в контрацепции. Семейный анамнез по тромбоэмболическим и сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощен.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. При осмотре: рост 169 см, вес 63 кг, ИМТ – 22.5 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, бледные, обычной влажности. Признаков расширения подкожных вен нижних конечностей не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, узловые образования не определяются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Молочные железы симметричные, округлой формы, мягко-эластической консистенции при пальпации, безболезненные, выделений из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Выделений из

половых путей нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые. Шейка матки коническая, чистая. Тело матки шаровидной формы, увеличено до 5-6 недель условной беременности, мышечной консистенции, безболезненное. Пальпация придатков безболезненная, объемных образований не выявлено. Выделения слизистые.

**К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение**

- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный
- сомнительный

**Результаты лабораторного метода обследования**

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся**

- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный
- сомнительный

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Пациентке для постановки диагноза анемия требуется проведение консультации терапевта и**

- неопределённый
- благоприятный
- неблагоприятный
- сомнительный

**Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- неопределённый

- благоприятный
- неблагоприятный
- сомнительный

## **Диагноз**

### **Обильную менструацию в данном клиническом случае следует считать следствием**

- экстрагенитальной патологии женщины
- онкологической патологии матки и эндометрия
- органической структурной патологии матки
- функциональной неструктурной патологии матки

### **Основной контрацепцией у женщины раннего репродуктивного возраста, не планирующей беременность, является применение**

- стерилизации
- спермицидов
- комбинированных оральных контрацептивов
- презервативов

### **Препаратом выбора среди комбинированных оральных контрацептивов у женщины с обильной менструацией и аденомиозом является препарат, содержащий**

- этинилэстрадиол и хлормадинона
- этинилэстрадиол и левоноргестрел
- этинилэстрадиол и дезогестрел
- эстрадиола валерат и диеногест

### **Прием комбинированных оральных контрацептивов женщине с обильной менструацией, нуждающейся в контрацепции, назначают, начиная с возраста**

- менархе
- двадцати лет
- сорока лет
- тридцати лет

### **Прием комбинированных оральных контрацептивов пациентке с обильной менструацией следует назначить до**

- планирования беременности

- наступления менопаузы
- наступления пременопаузы
- наступления беременности

**Этиологию обильной менструации у пациентки вследствие аденомиоза, следует дифференцировать с**

- гиперплазией
- коагулопатией
- эндометритом
- 0 типом миомы

**У пациентки с обильной менструацией, при приеме комбинированных оральных контрацептивов прогноз в отношении купирования анемии и улучшения качества жизни**

- сомнительный
- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный

**При приеме комбинированных оральных контрацептивов у пациентки возможно ожидать побочные эффекты и нежелательные явления в виде**

- сомнительный
- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 25 лет обратилась на приём к врачу акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На задержки менструации, жирную кожу, акне и усиленный рост волос на теле с менархе.

### **Анамнез заболевания**

Менструации с 13 лет, цикл никогда не был регулярным, менструации через 48-60 дней, умеренные, безболезненные. Плановые осмотры у гинеколога с 18 лет, диагноз: «Дисфункция яичников, конституциональный гирсутизм, юношески

угри». Лечение – поливитамины, растительные препараты. Постоянно посещает косметолога с 18 лет, самостоятельно начала лазерную эпиляцию, эффектом довольна.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции – корь, краснуха в 3 года, ветряная оспа в 5 лет. Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает. Аллергологический анамнез спокойный.

Менструации с 13 лет, нерегулярные, продолжительность менструального цикла 48-60 дней, менструации по 3-4 дня, умеренные, безболезненные.

Половая жизнь с 20 лет. Беременностей не было, в настоящее время не планирует. Нуждается в контрацепции. Семейный анамнез по тромбоемболическим и сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание повышенное. При осмотре: рост 165 см, вес 68 кг, ИМТ – 25.0 кг/м<sup>2</sup>. Кожа на лице пористая, жирная с постакне. Усиленный рост волос на лице, по белой линии живота, бедрах. Признаков расширения подкожных вен нижних конечностей не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, узловые образования не определяются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Молочные железы симметричные, округлой формы, мягко-эластической консистенции при пальпации, безболезненные, выделений из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Выделений из половых путей нет. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые. Шейка матки коническая, чистая. Тело нормальных размеров, мышечной консистенции, безболезненное. С обеих сторон пальпируются яичники до 4 см в диаметре, пальпация придатков безболезненная. Выделения слизистые.

### **К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение в сыворотке крови уровня**

- сомнительный
- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный

## **Результаты лабораторного метода обследования**

**К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования относится**

- сомнительный
- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный

## **Результаты инструментального метода обследования**

**Пациентке для постановки диагноза синдрома поликистоза яичников требуется проведение консультации**

- сомнительный
- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный

## **Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- сомнительный
- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный

## **Диагноз**

**Нерегулярный менструальный цикл в данном клиническом случае следует считать следствием дисфункции**

- паращитовидной железы
- надпочечников
- яичников
- щитовидной железы

**Основной стратегией терапии данного заболевания у женщины раннего репродуктивного возраста, не планирующей беременность, является применение**

- физиотерапии, лазерной эпиляции
- циклической витаминотерапии
- комбинированных оральных контрацептивов
- фитотерапии фитоэстрогенами

**Гормональная терапия комбинированными оральными контрацептивами включает применение препарата, содержащего**

- этинилэстрадиол и дезогестрел
- этинилэстрадиол и хлормадион
- этинилэстрадиол и левоноргестрел
- этинилэстрадиол и ципротерон ацетат

**Прием комбинированных оральных контрацептивов женщине с синдромом поликистозных яичников, нуждающейся в контрацепции, назначают, начиная с возраста**

- сорока лет
- менархе
- двадцати лет
- тридцати лет

**Прием комбинированных оральных контрацептивов пациентке следует назначить до**

- планирования беременности
- наступления менопаузы
- наступления беременности
- наступления пременопаузы

**Этиологию синдрома поликистоза яичников следует дифференцировать с**

- гипергонадотропной аменореей
- гипогонадотропной аменореей
- синдромом Иценко-Кушинга
- новообразованиями яичников

## **У пациентки с синдромом поликистозных яичников при приеме комбинированных оральных контрацептивов прогноз в отношении купирования симптомов и улучшения качества жизни**

- сомнительный
- неопределённый
- неблагоприятный
- благоприятный

## **У пациентки при приеме комбинированных оральных контрацептивов возможно ожидать побочные эффекты и нежелательные явления в виде**

- сомнительный
- неопределённый
- неблагоприятный
- благоприятный

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 28 лет обратилась на приём к врачу акушеру-гинекологу.

### **Жалобы**

На выраженные колебания настроения, невозможность себя контролировать, депрессию, повышенный аппетит, болезненное нагрубание молочных желез, появление угревой сыпи с гнойными акне на лице и шее четко за 10-14 дней до менструации.

### **Анамнез заболевания**

Вышеперечисленные жалобы в течение 2 лет. Все неприятные симптомы полностью исчезают к концу первого дня менструации, и до середины цикла она чувствует себя хорошо. Пациентка обращалась за медицинской помощью к маммологу, психологу, психиатру: назначались седативные средства. Однако терапия не помогла.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции – корь, краснуха в 3 года, ветряная оспа в 5 лет. Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы отрицает. Аллергологический анамнез спокойный.

Менструации с 14 лет, регулярные, через 28-29 дней, по 4-5 дня, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет. Имела две беременности – срочные роды и медицинский аборт без осложнений. Беременность в настоящее время

не планирует. Нуждается в контрацепции. Семейный анамнез по тромбоемболическим и сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощен.

### **Объективный статус**

Пациентка подавлена, расстроена, выглядит уставшей. Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. При осмотре: рост 170 см, вес 60 кг, ИМТ – 20.7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной влажности. Гирсутизма нет. Признаков расширения подкожных вен нижних конечностей не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, узловые образования не определяются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Молочные железы симметричные, округлой формы, мягко-эластической консистенции при пальпации, безболезненные, выделений из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Выделений из половых путей нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые. Шейка матки цилиндрическая, чистая. Тело нормальных размеров, мышечной консистенции, безболезненное. Пальпация придатков безболезненная, объемных образований не выявлено. Выделения слизистые.

### **К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение**

- сомнительный
- неопределённый
- неблагоприятный
- благоприятный

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования относится**

- сомнительный
- неопределённый
- неблагоприятный
- благоприятный

## **Результаты инструментального метода обследования**

**Пациентке для постановки диагноза предменструального синдрома требуется проведение консультации**

- сомнительный
- неопределённый
- неблагоприятный
- благоприятный

## **Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- сомнительный
- неопределённый
- неблагоприятный
- благоприятный

## **Диагноз**

**Колебания настроения, невозможность себя контролировать, депрессию, повышенный аппетит, болезненное нагрубание молочных желез, появление угревой сыпи в данном клиническом случае следует считать следствием колебания уровня**

- нейромедиаторов
- андрогенов
- фолатов
- прогестерона

**Основной стратегией терапии данного заболевания у женщины раннего репродуктивного возраста, не планирующей беременность, является применение**

- седативных препаратов
- мочегонных препаратов
- комбинированных оральных контрацептивов
- фито и витаминотерапии

**Гормональная терапия комбинированными оральными контрацептивами включает применение препарата, содержащего**

- этинилэстрадиол и хлормадион
- этинилэстрадиол и левоноргестрел
- этинилэстрадиол и дезогестрел
- этинилэстрадиол и дроспиренон

**Прием комбинированных оральных контрацептивов женщине с синдромом предменструального напряжения, нуждающейся в контрацепции, назначают, начиная с возраста**

- менархе
- тридцати лет
- сорока лет
- двадцати лет

**Предпочтительным режимом приема комбинированных оральных контрацептивов у пациентки с синдромом предменструального напряжения является**

- прерывистый
- непрерывный
- постоянный
- ежемесячный

**Этиологию синдрома предменструального напряжения следует дифференцировать с опухолью**

- щитовидной железы
- средостения
- молочных желез
- головного мозга

**У пациентки с синдромом предменструального напряжения при приеме комбинированных оральных контрацептивов прогноз в отношении купирования симптомов и улучшения качества жизни**

- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный
- сомнительный

**У пациентки при приеме комбинированных оральных контрацептивов возможно ожидать побочные эффекты и нежелательные явления в виде**

- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный
- сомнительный

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 35 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология.

### **Жалобы**

На отсутствие самостоятельных менструаций в течение 1 года, периодические головные боли.

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 12 лет, МЦ был регулярный до 20 лет. Длительность менструации 4-6 дней, умеренные, безболезненные. В 30 лет наступила беременность, которая закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений (родился мальчик массой 3500 г, ростом – 51 см). В возрасте 31 года с целью контрацепции начала прием КОК с закономерной менструальноподобной реакцией (этинилэстрадиол 0,02 мг + дроспиренон 3 мг). В возрасте 34 лет – отмена КОК в связи с усилением головных болей и планированием беременности. После отмены КОК – аменорея.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания: артериальная гипертензия с 33 лет по поводу чего принимает верапамил, мигрень без ауры, по поводу чего принимает суматриптан ;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 57 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД

110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования для данной пациентки является анализ крови на определение уровней ТТГ, ЛГ, ФСГ и**

- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный
- сомнительный

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, необходимо назначить следующие диагностические исследования**

- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный
- сомнительный

**Результаты обследования**

**На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного и инструментального обследования пациентке можно поставить диагноз**

- неблагоприятный
- неопределённый
- благоприятный
- сомнительный

**Диагноз**

**Наиболее вероятной причиной гиперпролактинемии у пациентки является**

- прием антигипертензивных препаратов
- мигренозная головная боль
- прием комбинированных оральных контрацептивов
- эктопический очаг синтеза пролактина

**В данном случае терапия гиперпролактинемии проводится с целью**

- профилактики заболеваний молочных желез
- профилактики развития симптоматической эпилепсии
- уменьшения выраженности головных болей
- нормализации уровня пролактина и уменьшение размеров опухоли

**В качестве метода выбора для данной пациентки можно порекомендовать**

- 3-х дневный перерыв антигипертензивной терапии
- применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона
- применение агонистов дофаминовых рецепторов
- хирургическое лечение

**После отмены антигипертензивной терапии уровень пролактина сохраняется повышенным. В этой ситуации в качестве препарата первой линии можно рекомендовать пациентке прием**

- перголида
- бромокриптина
- хинаголида
- каберголина

**Данной пациентке нужно назначить каберголин в недельной дозе + \_\_\_\_\_ + мг**

- 5
- 1
- 2,5
- 0,25

**Вопрос о снижении дозы применяемого препарата или его отмены можно рассмотреть не ранее, чем через**

- 2 года
- 1 год
- 6 месяцев
- 3 месяца

**Через 2 года после отмены каберголина динамический контроль уровня пролактина необходимо проводить**

- каждый месяц в течение 1 года
- 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, далее ежегодно в течение как минимум 5 лет

- каждые 3 месяца в течение 2 лет

**На фоне проводимой терапии пациентка повторно обратилась на прием в связи с наступившей беременностью. Учитывая это, пациентке рекомендовано(а)**

- сменить терапию на хинаголид
- отмена терапии каберголином
- продолжить терапию каберголином
- сменить терапию на бромкриптин

**На фоне беременности динамическую оценку уровня пролактина**

- сменить терапию на хинаголид
- отмена терапии каберголином
- продолжить терапию каберголином
- сменить терапию на бромкриптин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка К., 25 лет, обратилась в приемный покой гинекологического стационара.

### **Жалобы**

- \* на затрудненное сцеживание молока,
- \* боли в обеих молочных железах, больше слева,
- \* покраснение кожных покровов левой молочной железы,
- \* повышение температуры тела до 38-39°C.

### **Анамнез заболевания**

18-е сутки после I своевременных оперативных родов.

Пациентка отмечает лактостаз в течение 10 дней, проводилось сцеживание, охлаждающие компрессы без эффекта. Температура тела не превышала 37°C. В течение последних 2 дней – усиление болей в молочных железах, больше в левой молочной железе, болезненность при кормлении и сцеживании, повышение температуры тела до 38-39°C.

### **Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: в/оспа, хронический тонзиллит

Перенесенные операции: не было.

Семейный анамнез: Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез: без особенностей.

Гемотрансфузионный анамнез: Гемо-плазмотрансфузии отрицает.

Вредные привычки: отрицает.

Менструальная функция: Менструация с 13 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (криодеструкция в 2013г.)

Начало половой жизни с 18 лет.

Беременность первая, самопроизвольная, желанная.

Течение и осложнения беременности: I триместр: ОРВИ с повышением температуры до 37,5°C (парацетамол однократно). II триместр: анемия легкой степени (сидерал). III триместр: анемия легкой степени (сидерал).

Проведено кесарево сечение в экстренном порядке в доношенном сроке беременности в связи с преждевременным излитием околоплодных вод и тазовым предлежанием крупного плода.

Выписана домой на 5 сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение врача женской консультации.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки средней степени тяжести. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 86, АД прав рука 105/60, левая рука 100/60 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные.

Молочные железы с выраженным нагрубанием с обеих сторон, больше слева. В левой молочной железе в нижне-внутреннем квадранте пальпируется мягко-эластичное образование до 3 см в диаметре с флюктуацией, покраснение и отечность кожи, болезненность при пальпации. Отделяемое из сосков – молоко, отток несколько затруднен. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах.

Перитониальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается, газы отходят.

Матка плотная, сократилась хорошо. Выделения из половых путей сукровичные скудные. Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул был.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- сменить терапию на хинаголид
- отмена терапии каберголином
- продолжить терапию каберголином
- сменить терапию на бромкриптин

## **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- сменить терапию на хинаголид
- отмена терапии каберголином
- продолжить терапию каберголином
- сменить терапию на бромкриптин

## **Результаты инструментального метода обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является**

- сменить терапию на хинаголид
- отмена терапии каберголином
- продолжить терапию каберголином
- сменить терапию на бромкриптин

## **Диагноз**

**Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки обязательна консультация**

- невролога
- терапевта
- хирурга
- физиотерапевта

**Госпитализация пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- хирургическое
- терапевтическое
- послеродовое
- анестезиологии и реанимации

**Учитывая послеродовой гнойный мастит с абсцедированием, комплексное лечение целесообразно начать с**

- проведения физиотерапии
- оперативного лечения

- антисептических инсталляций
- назначения антигистаминных препаратов

### **При гнойном мастите для вскрытия гнойного очага применяют разрез**

- широкий ретромаммарный с острым разведением тканей
- поперечный к пораженному квадранту железы
- параллельный к условной границе инфильтрата
- радиальный от границы околососкового кружка к периферии

### **Препаратом первой линии для антибактериальной терапии послеродового мастита является**

- амоксициллин/клавуланат 1,2г 3 раза в сутки внутривенно 7 дней
- метронидазол по 100 мг 2 раза в сутки 7 дней
- флуконазол по 150 мг 1-2 раза в сутки 7 дней
- цефепим 1,0 3 раза в сутки внутривенно 7 дней

### **При гнойном мастите антибактериальные препараты назначают**

- местно
- перорально
- парентерально
- внутримышечно

### **С целью подавления лактации данной пациентке с послеродовым гнойным маститом рекомендуют**

- бромокриптин в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки перорально 14 дней
- нитрофурантоин 100 мг 2 раза перорально 7 дней
- цефтриаксон 1,0 2 раза в сутки внутривенно 7 дней
- вобэнзим 2 драже 3 раза в сутки перорально 14 дней

### **К профилактике послеродового мастита относят**

- употребление матерью достаточного количества витаминов
- снижение количества потребляемой жидкости
- ношение послеродового поддерживающего белья
- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди

### **Течение послеродового гнойного мастита характеризуется**

- употребление матерью достаточного количества витаминов

- снижение количества потребляемой жидкости
- ношение послеродового поддерживающего белья
- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка В., 30 лет, обратилась в приемный покой в экстренном порядке.

### **Жалобы**

- \* боли внизу живота
- \* слабость
- \* частый жидкий стул
- \* повышение температуры тела до 37,5-38,0°C.

### **Анамнез заболевания**

9-е сутки после I своевременных оперативных родов путем операции кесарева сечения в экстренном порядке в связи с острой гипоксией плода в родах при открытии шейки матки 8-9 см.

В послеродовом периоде получала антибактериальную, антианемическую терапию, пробиотики.

После выписки пациентка в течение 5 дней отмечала частый жидкий стул до 10 раз в день, боли внизу живота, самостоятельно обратилась к гастроэнтерологу по месту жительства, назначена симптоматическая терапия без эффекта.

Отмечались эпизоды повышения температуры тела до 37,5-38,0°C, в связи с чем обратилась в приемный покой.

### **Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: ОРВИ редко.

Перенесенные операции: Маммопластика.

Семейный анамнез: Наследственность неотягощена.

Аллергоанамнез: Аллергических реакций не отмечается.

Эпиданамнез: В течение 21 дня в контакте с инфекционными больными не состояла. Сведений о прививках на руках нет.

Гемотрансфузионный анамнез: Гемо-плазмотрансфузии отрицает.

Вредные привычки: отрицает.

Менструальная функция: Менструация с 15 лет, установились сразу, регулярные, через 28-30 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные

Гинекологические заболевания: отрицает.

Начало половой жизни: с 20 лет.

Первая беременность – неразвивающаяся беременность в 7 недель,

выскабливание полости матки, без осложнений.

Данная беременность вторая, самопроизвольная, желанная.

Течение и осложнения беременности: I триместр: токсикоз легкой степени. II триместр: анемия легкой степени (мальтофер). III триместр: анемия легкой степени (мальтофер, по данным микробиологического исследования отделяемого из влагалища в 36 нед – E. coli 10\*7 КОЕ/мл, резистентная к амоксициллин/клавуланату. Общая прибавка в весе – 9 кг.

Проведено кесарево сечение в экстренном порядке в родах при открытии шейки матки 8-9 см в связи острой гипоксией плода.

Выписана домой на 5 сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение врача женской консультации.

### **Объективный статус**

Общее состояние: средней степени тяжести. Температура тела 37,3°C. Зрение ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Молочные железы с умеренно выраженным нагрубанием с обеих сторон, соски без трещин. Лактация достаточная, сцеживается, отток молока не затруднен. Органы дыхания: дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы грудной клетки, хрипов нет. Органы кровообращения: тоны ясные, ритмичные до 92 уд в мин, шумов нет. Слизистая полости рта розовая, язык суховат, обложен белым налетом. Живот подвздут, участвует в акте дыхания, пальпаторно болезненность по всему животу, выраженная боль в области послеоперационной раны, больше справа в проекции тела матки. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Шумы кишечной перистальтики не выслушиваются. Перкуторно по ходу толстой кишки тимпанит. Пальпация по ходу вен нижних конечностей безболезненная. Отеков нет.

Матка плотная, дно матки на 14см выше лона, при пальпации выражено болезненная. Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул жидкий.

\_Гинекологический статус:\_

Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно.

Влагалище емкое, слизистая не гиперемирована.

Шейка матки длиной 2,0 см цилиндрической формы, мягковатой консистенции.

Цервикальный канал длиной 2,0 см, проходим для 2,0 см за внутренний зев.

Тело матки увеличено до 16 недель, подвижное, чувствительное при осмотре, мягковатой консистенции. Придатки матки слева: не пальпируются. Придатки матки справа: не пальпируются.

Выделения из половых путей: мутные, без запаха, умеренное количество.

**Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- употребление матерью достаточного количества витаминов
- снижение количества потребляемой жидкости
- ношение послеродового поддерживающего белья
- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является**

- употребление матерью достаточного количества витаминов
- снижение количества потребляемой жидкости
- ношение послеродового поддерживающего белья
- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди

### **Результаты инструментального метода обследования**

**С целью уточнения диагноза в качестве дополнительного исследования целесообразно провести**

- употребление матерью достаточного количества витаминов
- снижение количества потребляемой жидкости
- ношение послеродового поддерживающего белья
- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди

### **Результаты обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является**

- употребление матерью достаточного количества витаминов
- снижение количества потребляемой жидкости
- ношение послеродового поддерживающего белья
- обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди

### **Диагноз**

**Наиболее вероятной причиной развития послеоперационного перитонита в данном случае является**

- динамическая кишечная непроходимость

- несостоятельность швов на матке
- перфорация кишечной стенки
- острый гнойный аппендицит

### **Госпитализация пациентки должна быть осуществлена в отделение**

- акушерское наблюдательное
- физиологическое послеродовое
- интенсивной терапии и реанимации
- общей хирургии

### **Учитывая послеродовой перитонит, в комплекс лечебных мероприятий необходимо включить**

- седативную терапию
- дыхательную поддержку
- оперативное лечение
- проведение физиотерапии

### **При послеродовом перитоните оперативное лечение включает**

- лапароскопию, гистерэктомию по Вертгейму, удаление регионарных лимфоузлов
- релапаротомию, удаление матки с верхней и средней третью влагалища, яичников с обеих сторон
- лапароскопию, санацию малого таза, декомпрессию толстого кишечника
- релапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости, удаление матки с трубами

### **Препаратом первой линии для антибактериальной монотерапии послеродового перитонита является**

- цефазолин
- доксициклин
- имипинем{plus}циластатин
- метронидазол

### **При послеоперационном перитоните профилактику развития грибковой суперинфекции проводят**

- кетотифеном
- флуконазолом
- транексамом
- дорипрексом

## **К профилактике послеродового перитонита относят**

- совершенствование техники операции кесарева сечения
- гипокалорийное питание родильницы
- ношение послеродового бандажа
- употребление большого количества жидкости

## **В отдаленном послеоперационном периоде акушерского перитонита возможно развитие**

- совершенствование техники операции кесарева сечения
- гипокалорийное питание родильницы
- ношение послеродового бандажа
- употребление большого количества жидкости

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка А., 35 лет, обратилась на прием к акушеру-гинекологу по месту жительства.

### **Жалобы**

- \* на слабость;
- \* повышение температуры тела до 38°C;
- \* боли при кормлении и сцеживании больше справа;
- \* покраснение кожных покровов правой молочной железы.

### **Анамнез заболевания**

12-е сутки после I своевременных самопроизвольных родов.

Пациентка отмечает неправильный захват соска ребенком во время кормления, образование трещин сосков.

Резкий подъем температуры тела до 38°C, сопровождающийся болями в правой молочной железе, покраснением кожи.

### **Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: ОРВИ, в/оспа, краснуха.

Перенесенные операции: не было.

Семейный анамнез: Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез: без особенностей.

Гемотрансфузионный анамнез: Гемо-плазмотрансфузии отрицает.

Вредные привычки: отрицает.

Менструальная функция: Менструация с 14 лет, установились сразу,

регулярные, через 30 дней по 6 дней, умеренные, безболезненные

Гинекологические заболевания: отрицает

Начало половой жизни с 20 лет.

Беременность первая, самопроизвольная, желанная.

Течение и осложнения беременности: I триместр: без особенностей. II

триместр: ОРВИ с повышением температуры до 37,5С (парацетамол однократно). III триместр: анемия легкой степени.

Произошли I своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания.

Выписана домой на 3 сутки после родов в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение врача женской консультации.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки средней степени тяжести. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 82, АД правая рука 110/70, левая рука 108/65 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные.

Молочные железы увеличены с обеих сторон, больше справа. В правой молочной железе в наружно-внутреннем квадранте пальпируется уплотнение без четких контуров, имеется покраснение и отечность кожи вокруг, кожа над участком уплотнения горячая на ощупь, имеется болезненность при пальпации.

На соске отмечается трещина в стадии эпителизации. Отделяемое из сосков – молоко, отток затруднен. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах.

Перитониальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается, газы отходят.

Матка плотная, сократилась хорошо. Выделения из половых путей сукровичные скудные. Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул был.

### **Необходимым методом физикального обследования в указанной ситуации является**

- пальпация молочных желез
- измерение артериального давления
- пальпация органов брюшной полости
- перкуссия грудной клетки

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- пальпация молочных желез
- измерение артериального давления
- пальпация органов брюшной полости

- перкуссия грудной клетки

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- пальпация молочных желез
- измерение артериального давления
- пальпация органов брюшной полости
- перкуссия грудной клетки

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **На основании проведенного обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является**

- пальпация молочных желез
- измерение артериального давления
- пальпация органов брюшной полости
- перкуссия грудной клетки

### **Диагноз**

#### **Дальнейшим действием врача акушера-гинеколога относительно пациентки после постановки диагноза является**

- госпитализация в гинекологическое отделение
- лечение в инфекционном стационаре
- назначение физиотерапии
- амбулаторное наблюдение

#### **Вероятной причиной развития серозного мастита в данном случае является**

- неправильная техника прикладывания ребенка к груди
- длительное кормление грудью
- возраст первородящей пациентки
- отсутствие гигиены

#### **К немедикаментозному лечению серозного мастита относят**

- низкоуглеводную диету

- физические упражнения
- сцеживание молока
- контрастный душ

### **Медикаментозное лечение серозного мастита включает**

- противовирусную терапию
- антибактериальную терапию
- местную антисептическую терапию
- гормональную терапию

### **Препаратом первой линии для антибактериальной терапии серозного мастита является**

- доксициклин
- цефтриаксон
- амоксициллин/клавуланат
- метронидазол

### **Показанием к хирургическому лечению мастита является**

- прогрессирование заболевания в гнойную форму
- повторные эпизоды субфебрильной лихорадки
- нарастание лейкоцитоза по данным обследования
- затрудненное опорожнение молочных желез при сцеживании

### **К инфильтративному маститу приводит**

- запоздалое лечение серозного мастита
- снижение количества потребляемой жидкости
- раннее прикладывание ребенка к груди
- чрезмерное сцеживание молочных желез

### **Генерализация инфекции с переходом в сепсис возможна при**

- запоздалое лечение серозного мастита
- снижение количества потребляемой жидкости
- раннее прикладывание ребенка к груди
- чрезмерное сцеживание молочных желез

## **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Беременная 32 лет, поступила в приемный покой с поликлинического приема женской консультации в 14:00. Срок беременности 39-40 недель. На руках обменная карта, последние анализы 7 дней назад (клинический анализ крови, гемостазиограмма, биохимический анализ, рв, ВИЧ, гепатиты) – без отклонений.

## **Жалобы**

На нерегулярные тянущие боли внизу живота.

## **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, со второго триместра осложнилась развитием гестационного сахарного диабета.

## **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции: корь, краснуха, ветряная оспа;
- \* Хронический гастрит, ремиссия;
- \* Хронический цистит, ремиссия;
- \* Гинекологические заболевания – миома матки.

## **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 74 уд./мин, АД 120/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 16-18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

## **Для определения акушерской ситуации при поступлении пациентки в стационар нужно провести**

- запоздалое лечение серозного мастита
- снижение количества потребляемой жидкости
- раннее прикладывание ребенка к груди
- чрезмерное сцеживание молочных желез

## **Результаты обследования**

## **Для определения тактики родоразрешения необходимо назначить пациентке**

- запоздалое лечение серозного мастита
- снижение количества потребляемой жидкости
- раннее прикладывание ребенка к груди

- чрезмерное сцеживание молочных желез

## **Результаты обследования**

**В 16:00 развилась самостоятельная родовая деятельность. В 22:00 открытие шейки матки полное, головка плода в узкой части малого таза, начались потуги. Выставляете в диагноз + \_\_\_\_\_ + родов**

- запоздалое лечение серозного мастита
- снижение количества потребляемой жидкости
- раннее прикладывание ребенка к груди
- чрезмерное сцеживание молочных желез

## **Диагноз**

**Через 25 минут происходит рождение головки плода. Через 1 минуту наружный поворот головки не происходит, шея плода не визуализируется, вы выставляете диагноз**

- дистоция плечиков плода
- острая гипоксия плода
- третий период родов
- ущемление шеи плода

**В качестве метода обезболивания вы выбираете + \_\_\_\_\_ + анестезию**

- эпидуральную
- проводниковую
- ингаляционную
- спинальную

**Вы вызываете в родильный зал ассистента и анестезиолога и приступаете сперва к проведению приема**

- Мак Робертса
- рождения ручки
- винта Вудса
- «на четвереньках»

**Одновременно с проведением приема Мак Робертса вы осуществляете**

- давление на дно матки
- выведение ручки плода

- давление над лоном
- тракции за головку

**Рождения плечиков не происходит. Вы продолжаете оказывать пособие при дистоции плечиков плода и переходите к**

- давлению на дно матки матери
- приему рождения задней ручки
- внутреннему приему Rubin
- тракции за головку плода

**Вы начали проведение внутреннего приема Rubin с целью перевести переднее плечико в + \_\_\_\_\_ + размер**

- прямой
- косой
- малый
- кривой

**Рождения плечиков не произошло. Вы переходите к**

- рождению задней ручки
- приему винта Вудса
- давлению на дно матки
- рождению передней ручки

**Вы провели прием рождения задней ручки. Произошло рождение плечиков плода и рождение ребенка. Вы производите осмотр новорожденного, поскольку опасаетесь + \_\_\_\_\_ + – частого осложнения проведенных приемов оказания помощи при дистоции плечиков плода**

- вывиха плечевой кости
- перелома ключицы
- перелома теменной кости
- кефалогематомы

**Дистоция плечиков в анамнезе увеличивает риск последующей дистоции, поэтому вы рекомендуете пациентке в последующей беременности**

- вывиха плечевой кости
- перелома ключицы
- перелома теменной кости

- кефалогематомы

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Время: 12:00. Беременная 34 лет, в родильном зале. Родовая деятельность с 09:00.

Срок беременности 39 недель 4 дня (по последней менструации). Раскрытие шейки матки 2-3 см.

### Жалобы

На схватки средней силы по 30-35 секунд через 3-4 минуты. Околоплодные воды не изливались.

### Анамнез заболевания

Данная беременность четвертая, роды третьи. В анамнезе – 1 трубная беременность. Предполагаемая масса плода 4400 г. Индукция родов окситоцином.

### Анамнез жизни

Детские инфекции: корь, краснуха.

Хронический гастрит, ремиссия.

Гинекологические заболевания – отрицает.

Трубная беременность (4-5 недель) – LS, тубэктомия.

Двое самопроизвольных самостоятельных родов.

### Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное.

Пульс 72 уд./мин, АД 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 18 в минуту.

Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме. Отеки бедер, голеней, стоп.

### С целью оценки состояния плода в родах нужно применить

- вывиха плечевой кости
- перелома ключицы
- перелома теменной кости
- кефалогематомы

### Результаты обследования

**Произошло излитие околоплодных вод. В связи с этим пациентке проводится**

- вывиха плечевой кости
- перелома ключицы
- перелома теменной кости
- кефалогематомы

### **Результаты обследования**

**Начался второй период родов. Для определения акушерской ситуации пациентки влагалищное исследование проводится с началом потуг и далее каждые + \_\_\_ + минут**

- 90
- 30
- 60
- 10

**Через 10 минут происходит рождение головки плода. Через 1 минуту рождения плечиков не происходит, пациентке можно выставить диагноз**

- 90
- 30
- 60
- 10

### **Диагноз**

**Учитывая выставленный диагноз, вместе с ассистентом вы приступаете сперва к проведению приема**

- рождения ручки
- винта Вудса
- винта Rubin I
- Мак Робертса

**Одновременно с проведением приема Мак Робертса вы осуществляете**

- давление на дно матки
- выведение ручки плода
- давление над лоном

- оказание ручного пособия

**Рождения плечиков не происходит. Вы переходите к**

- внутреннему приему Rubin
- приему рождения задней ручки
- проведению кесарева сечения
- давлению на дно матки матери

**Вы начали проведение внутреннего приема Rubin с целью**

- увеличить угол выхода малого таза
- увеличить размер выхода малого таза
- перевести плечики в прямой размер
- перевести плечики в косой размер

**Рождения плечиков не произошло. Вы переходите к**

- давлению на дно матки
- проведению приема Rubin II
- рождению передней ручки
- рождению задней ручки

**Вы не производите давление на дно матки, поскольку это может**

- усугубить вклинение плечиков
- привести к гипоксии плода
- привести к разрыву матки
- вызвать остановку родов

**Произошло рождение плечиков и туловища ребенка через 3 минуты после рождения головки. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Фактором риска развития дистоции плечиков плода у данной пациентки являлось**

- масса плода более 4000 грамм
- масса плода менее 4500 грамм
- отсутствие обезболивания родов
- применение индукции родов

**Кроме того, риск развития дистоции плечиков плода у данной пациентки повышен ввиду**

- масса плода более 4000 грамм

- масса плода менее 4500 грамм
- отсутствие обезболивания родов
- применение индукции родов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 38 лет, поступила самотеком по дежурству в приемное отделение стационара III уровня. Срок беременности 40 недель 3 дня. Время: 07:30.

### **Жалобы**

На нерегулярные тянущие боли внизу живота.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, наступила в результате ЭКО, со второго триместра осложнилась развитием гестационного сахарного диабета.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции: корь, краснуха, ветряная оспа;
- \* Хронический гастрит, ремиссия;
- \* Хронический цистит, ремиссия;
- \* Хронический пиелонефрит, ремиссия;
- \* Гинекологические заболевания – миома матки, наружный генитальный эндометриоз.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 74 уд./мин, АД 127/82 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

### **В приемном отделении для определения акушерской ситуации при поступлении пациентки в стационар проводится**

- масса плода более 4000 грамм
- масса плода менее 4500 грамм
- отсутствие обезболивания родов
- применение индукции родов

### **Результаты обследования**

**Для определения тактики родоразрешения пациентке необходимо назначить**

- масса плода более 4000 грамм
- масса плода менее 4500 грамм
- отсутствие обезболивания родов
- применение индукции родов

### **Результаты обследования**

**Учитывая массу плода и + \_\_\_\_\_ + , нужно рекомендовать пациентке родоразрешение путем операции кесарева сечения с целью профилактики развития дистоции плечиков плода в родах, однако пациентка категорически отказывается от оперативного родоразрешения и настаивает на самопроизвольных родах**

- наличие миомы матки в анамнезе
- диабетическую фетопатию плода
- гестационный сахарный диабет
- беременность в результате ЭКО

**В 08:30 развилась самостоятельная родовая деятельность. В 16:30 начались потуги. В 17:05 происходит рождение головки плода. Через 1 (18:06) минуту плечики не рождаются, шея плода не визуализируется, личико плода багровеет. Пациентке можно выставить диагноз**

- наличие миомы матки в анамнезе
- диабетическую фетопатию плода
- гестационный сахарный диабет
- беременность в результате ЭКО

### **Диагноз**

**Выставив диагноз, вы немедленно переходите к выполнению**

- внутреннего приема Rubin
- приема «на четвереньках»
- приема Мак Робертса
- наружного приема Rubin

**Одновременно с проведением приема Мак Робертса вы осуществляете**

- внутренний прием Rubin

- давление на дно матки
- давление над лоном
- двойной винт Вудса

**Рождения плечиков не происходит. Вы продолжаете оказывать пособие при дистоции плечиков плода и переходите к**

- внутреннему приему Rubin
- приему рождения передней ручки
- наружному приему Rubin
- давлению на дно матки матери

**Рождения плечиков не произошло. Вы переходите к**

- давлению на дно матки
- приему винта Вудса
- рождению передней ручки
- рождению задней ручки

**Вы извлекли заднюю ручку. Рождения плечиков не произошло. Вы переходите к**

- рождению передней ручки
- вакуум-экстракции плода
- проведению клейдотомии
- приему винта Вудса

**Для проведения винта Вудса вы двумя пальцами правой руки находите + \_\_\_\_\_ + плечико, его переднюю поверхность в области подмышечной ямки и совершаете движение против часовой стрелки. Заднее плечико всегда подвижно, а переднее переходит в поперечный или + \_\_\_\_\_ + размер**

- заднее; прямой
- переднее; прямой
- переднее; косой
- заднее; косой

**Произошло рождение ребенка. Все приемы были выполнены быстро, поскольку асфиксия плода развивается в течение + \_\_\_\_ + минут**

- 3
- 2

- 5
- 10

**После рождения ребенка вы продолжаете контролировать состояние матери, поскольку осложнениями дистоции плечиков плода являются разрывы родовых путей и**

- 3
- 2
- 5
- 10

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 22 лет, поступила по скорой помощи с жалобами на схватки. Срок беременности 38 недель 3 дня.

### **Жалобы**

На схватки по 30-40 секунд каждые 3 минуты в течении последних 3 часов.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, протекала без особенностей.

На руках обменная карта, последние анализы 7 дней назад (клинический анализ крови, гемостазиограмма, биохимический анализ, рв, вич, гепатиты) – без отклонений.

### **Анамнез жизни**

- \* Детские инфекции: корь, краснуха, ветряная оспа;
- \* Миопия слабой степени.

### **Объективный статус**

Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 70 уд./мин, АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

**Для определения акушерской ситуации при поступлении пациентки в стационар вы провели**

- 3

- 2
- 5
- 10

### **Результаты обследования**

**Учитывая особенности анамнеза пациентки, вы назначили**

- 3
- 2
- 5
- 10

### **Результаты обследования**

**Во время потужного периода отмечается урежение сердцебиения плода до 70 ударов в минуту в течение 4 минут. Головка плода в выходе малого таза. Выставив острую гипоксию плода, вы приступаете к**

- определению уровня скальп-лактата
- срочному выполнению кесарева сечения
- оказанию давления рукой на дно матки
- проведению вакуум-экстракции плода

**Вакуум-экстракция плода успешна, головка родилась, чашечка вакуум-экстрактора снята с головки. Через 1 минуту наружный поворот головки не происходит, шея плода не визуализируется, вы выставляете диагноз**

- определению уровня скальп-лактата
- срочному выполнению кесарева сечения
- оказанию давления рукой на дно матки
- проведению вакуум-экстракции плода

### **Диагноз**

**Вы приступаете к проведению первого приема, проводимого при дистоции плечиков плода, – приема**

- пособия по Цовьянову
- Мак Робертса
- двойного винта

- «на четвереньках»

**Одновременно с проведением приема Мак Робертса вы осуществляете**

- давление на дно матки
- выведение ручки плода
- давление над лоном
- двойной винт Вудса

**Рождения плечиков не происходит. Вы продолжаете оказывать пособие при дистоции плечиков плода и переходите к**

- приему рождения передней ручки
- внутреннему приему Rubin
- давлению на дно матки матери
- сгибанию ног в колене и бедре

**Рождения плечиков не произошло. Вы переходите к**

- рождению передней ручки
- приему винта Вудса
- давлению на дно матки
- рождению задней ручки

**Вы извлекли заднюю ручку. Рождение плечиков не произошло. Вы переходите к**

- проведению клейдотомии
- проведению симфизотомии
- рождению передней ручки
- приему винта Вудса

**Для проведения винта Вудса вы двумя пальцами правой руки находите + \_\_\_\_\_+ плечико, его переднюю поверхность в области + \_\_\_\_\_+ и совершаете движение против часовой стрелки**

- заднее; подмышечной ямки
- заднее; основания лопатки
- переднее; основания лопатки
- переднее; подмышечной ямки

**Вы провели прием рождения задней ручки. Произошло рождение плечиков плода и рождение ребенка. Вы производите осмотр новорожденного,**

поскольку опасаетесь + \_\_\_\_\_ + – частого осложнения проведенных приемов оказания помощи при дистоции плечиков плода

- перелома теменной кости
- кефалогематомы
- перелома ключицы
- вывиха плечевой кости

**При оказании пособия при дистоции плечиков плода возможно не только проведенное вами одновременное применение приема Мак Робертса и давления над лоном матери, но и одновременное применение**

- перелома теменной кости
- кефалогематомы
- перелома ключицы
- вывиха плечевой кости

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 25 лет обратилась к врачу-гинекологу в консультативно-диагностическое отделение учреждения 3 уровня по профилю акушерство и гинекология

### **Жалобы**

На отсутствие менструаций в течение последних 6 мес., отсутствие наступления беременности в течение 2-х лет при регулярной половой жизни без контрацепции, избыточный рост волос на лице, вокруг сосков, набор массы тела на 10 кг за последний год. Супруг обследован у андролога, соматически здоров (по данным спермограммы – нормозооспермия, MAR-тест отрицательный).

### **Анамнез заболевания**

Менархе в 14 лет. Менструации по 4-6 дней, нерегулярные менархе с задержками до 2-4 мес., умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, контрацепция барьерными методами. В браке с 23 лет, от беременности в браке не предохранялась.

### **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания - отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;

\* алергоанамнез со слов не отягощен ;

\* у матери и у бабушки со стороны матери сахарный диабет 2 типа.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 78 кг. ИМТ 25,3 кг/м<sup>2</sup>. Распределение подкожного жира по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования для данной пациентки являются анализ крови на определение уровня бета-ХГЧ, пролактина, АМГ, ЛГ, ФСГ, а также**

- перелома теменной кости
- кефалогематомы
- перелома ключицы
- вывиха плечевой кости

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для постановки диагноза данной пациентке, кроме анализа крови на гормоны, Вы дополнительно назначили**

- перелома теменной кости
- кефалогематомы
- перелома ключицы
- вывиха плечевой кости

### **Результаты обследования**

**На основании анамнеза, жалоб, данных клинико-лабораторного обследования Вы поставили пациентке диагноз - первичное бесплодие, избыточная масса тела и**

- перелома теменной кости
- кефалогематомы
- перелома ключицы
- вывиха плечевой кости

### **Диагноз**

**С целью исключения нарушения углеводного обмена, после постановки диагноза СПКЯ Вы провели пациентке**

- оценку уровня гликированного гемоглобина
- оценку суточной концентрации 17-кетостероидов в моче
- двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию жировой ткани
- пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы

**При выборе тактики лечения для данной пациентки Вы в первую очередь будете ориентироваться на**

- степень выраженности явлений гиперандрогении
- степень выраженности метаболических нарушений
- заинтересованность пациентки в беременности
- длительность аменореи

**В качестве первой линии терапии для данной пациентки Вы порекомендуете**

- модификацию образа жизни
- терапию антидепрессантами
- назначение аналогов человеческого глюкагоноподобного пептида-1
- терапию инсулиносенситайзерами

**В случае, если мероприятия по модификации образа жизни не приведут к нормализации массы тела, на следующем этапе данной пациентке Вы назначите**

- метформин
- миоинозитол
- препараты инсулина
- виктозу

**С целью лечения ановуляторного бесплодия у данной пациентки Ваша тактика будет заключаться в назначении**

- дроспиренон-содержащего орального контрацептива на 3 месяца с последующей отменой
- нестероидного противовоспалительного препарата
- дидрогестерона с 16 по 25 день цикла
- кломифена цитрата

**Индукцию овуляции у данной пациентки Вы будете проводить**

- не более 6 циклов

- неограниченное количество раз
- не более 2 циклов
- не более 12 циклов

**При отсутствии достижения овуляции в ответ на прием кломифена цитрата на следующем этапе Вы порекомендуете пациентке**

- внутриматочную инсеминацию спермой мужа
- клиновидную резекцию яичников
- лапароскопию с дреллингом яичников
- экстракорпоральное оплодотворение
- комбинацию кломифена цитрата с приемом инсулинсенситайзера
- индукцию овуляции гонадотропинами

**В случае отсутствия достижения беременности у данной пациентки после стимуляции гонадотропинами или лапароскопии с дреллингом яичников в качестве третьей линии терапии ановуляторного бесплодия Вы порекомендуете**

- терапию миоинозитолом
- проведение ЭКО
- терапию глюкокортикоидами
- антигомотоксическую терапию

**С целью профилактики синдрома гиперстимуляции яичников при проведении программы ВРТ у данной пациентки Вы бы**

- терапию миоинозитолом
- проведение ЭКО
- терапию глюкокортикоидами
- антигомотоксическую терапию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 59 лет находится на приеме у врача в женской консультации.

### **Жалобы**

На сухость и зуд в области промежности, болезненность при половых контактах.

### **Анамнез заболевания**

Пациентка 9 лет находится в постменопаузе. В течение последних нескольких месяцев беспокоит зуд и ощущение сухости в области наружных половых органов, болезненность при половых контактах.

### **Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания – детские инфекции (корь, ветряная оспа), хронический гастродуоденит, гипотиреоз в стадии компенсации (наблюдается эндокринологом, получает Левотироксин в дозировке 125 мкг утром). + Менархе в 13 лет, менструальный цикл установился сразу, длительность цикла – 28-29 дней, менструации по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – в возрасте 50 лет. Беременностей в анамнезе две, одна из них завершилась своевременными родами без осложнений, а вторая – искусственным абортом на сроке 8-9 недель, без осложнений. +

Половая жизнь – с 19 лет. +

Контрацепция – гормональная (комбинированные оральные контрацептивы – в течение 3 лет после родов), далее – барьерная (презерватив). +

Гинекологические заболевания – миома матки небольших размеров (диагностирована в 40 лет). В 46 лет – гистероскопия и раздельное лечебно-диагностическое выскабливание по поводу аномального маточного кровотечения. Гистологическое заключение: простая гиперплазия эндометрия без атипии. В течение 6 месяцев после выскабливания получала прогестагены. После наступления менопаузы эпизодов кровянистых выделений из половых путей не было.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 167 см. Вес 79 кг. ИМТ = 26. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Язык влажный, чистый. Пульс 74 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, обычного цвета. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Per vaginam: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, опущения стенок влагалища нет, слизистая чистая, атрофичная с субэпителиальными петехиальными кровоизлияниями. Шейка матки цилиндрической формы, уменьшена в размерах. Наружный зев: закрыт. Матка в положении anteflexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Правые придатки не определяются, область их безболезненна.

Левые придатки не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей слизистые, скудные.

**На основании данных анамнеза, жалоб и осмотра данной пациентки в качестве основного диагноза можно предположить наличие**

- терапию миоинозитолом
- проведение ЭКО
- терапию глюкокортикоидами
- антигомотоксическую терапию

## **Диагноз**

**Данная пациентка в настоящее время находится в периоде**

- постменопаузы
- перименопаузы
- менопаузального перехода
- своевременной менопаузы

**Показанием для назначения менопаузальной гормональной терапии у данной пациентки является**

- длительность постменопаузы
- желание самой женщины
- урогенитальная атрофия
- гиперплазия эндометрия в анамнезе

**Относительным противопоказанием для назначения менопаузальной гормональной терапии у данной пациентки является**

- простая гиперплазия эндометрия в анамнезе
- миома матки
- хронический гастродуоденит
- гипотиреоз в стадии компенсации

**В рамках уточнения личного анамнеза у данной пациентки перед назначением МГТ (менопаузальной гормональной терапии) следует обратить внимание на наличие гипотиреоза и**

- использования комбинированных оральных контрацептивов
- искусственного аборта в анамнезе на сроке 8-9 недель

- хронического гастродуоденита
- перенесенных детских инфекций – кори, ветряной оспы

### **Общее обследование данной пациентки перед назначением МГТ (менопаузальной гормональной терапии) должно включать**

- использования комбинированных оральных контрацептивов
- искусственного аборта в анамнезе на сроке 8-9 недель
- хронического гастродуоденита
- перенесенных детских инфекций – кори, ветряной оспы

### **Результаты обследования**

### **В рамках общего обследования перед назначением менопаузальной гормональной терапии пациентке следует провести**

- использования комбинированных оральных контрацептивов
- искусственного аборта в анамнезе на сроке 8-9 недель
- хронического гастродуоденита
- перенесенных детских инфекций – кори, ветряной оспы

### **Результаты обследования**

### **Перед назначением МГТ (менопаузальной гормональной терапии) данной пациентке в рамках инструментального обследования показано проведение**

- использования комбинированных оральных контрацептивов
- искусственного аборта в анамнезе на сроке 8-9 недель
- хронического гастродуоденита
- перенесенных детских инфекций – кори, ветряной оспы

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Перед назначением данной пациентке менопаузальной гормональной терапии необходимо проведение пайпель-биопсии эндометрия с последующим гистологическим исследованием при толщине эндометрия по данным ультразвукового исследования эндовагинальным датчиком более + \_\_\_\_ + мм**

- использования комбинированных оральных контрацептивов
- искусственного аборта в анамнезе на сроке 8-9 недель

- хронического гастродуоденита
- перенесенных детских инфекций – кори, ветряной оспы

## **Результаты обследования**

**С целью лечения атрофического вагинита данной пациентке необходимо провести**

- комбинированную терапию в циклическом режиме
- трансдермальную монотерапию эстрогенами
- локальную монотерапию эстрогенами
- пероральную монотерапию гестагенами

**Локальная монотерапия эстрогенами у данной пациентки также оправдана в отношении**

- снижения риска тромبوэмболических осложнений
- профилактики рака молочной железы
- предотвращения развития рака эндометрия
- улучшения сексуальной функции

**При применении менопаузальной гормональной терапии в рамках динамического наблюдения следует обсудить с данной пациенткой необходимость ежегодного осмотра, УЗИ органов малого таза, исследования липидограммы, проведения PAP-теста и**

- снижения риска тромبوэмболических осложнений
- профилактики рака молочной железы
- предотвращения развития рака эндометрия
- улучшения сексуальной функции

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 40 лет доставлена машиной скорой помощи в роддом.

### **Жалобы**

На кровянистые выделения в значительном количестве из половых путей, начавшиеся впервые. Одновременно с кровотечением, 4 часа тому назад, началась регулярная родовая деятельность, схватки средней интенсивности, умеренно болезненные.

### **Анамнез заболевания**

Из 6 предыдущих беременностей было 4 родов, протекавших без осложнений, и 2 самопроизвольных аборта. Последняя беременность - аборт (3 года назад). Один ребенок жив, остальные умерли в раннем детстве. Настоящая беременность 7. Срок беременности 39 недель.

### **Анамнез жизни**

Отмечает наличие анемии в течение последних 2 месяцев (уровень гемоглобина – 105 г/л), этиопатогенез не выявлен, лечение не получала; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; наследственные заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых. Т-36,5°C, пульс - 148 уд./мин., удовлетворительного наполнения. Отеков нет, АД 80/60. Положение плода продольное, 1 позиция. Предлежащая головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода отчетливое 139 уд/мин, ритмичное. + Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка укорочена, шейный канал пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел. Справа и спереди прощупывается край плаценты. Головка подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Деформации таза нет. Кровотечение обильное.

### **Для постановки диагноза Вы провели**

- снижения риска тромбоэмболических осложнений
- профилактики рака молочной железы
- предотвращения развития рака эндометрия
- улучшения сексуальной функции

### **Результаты обследования**

#### **В качестве необходимого инструментального метода обследования для постановки диагноза вы выбрали**

- снижения риска тромбоэмболических осложнений
- профилактики рака молочной железы
- предотвращения развития рака эндометрия
- улучшения сексуальной функции

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Основным предполагаемым диагнозом пациентки является: Беременность 39 недель + \_\_\_\_\_ + Кровотечение**

- снижения риска тромбоэмболических осложнений
- профилактики рака молочной железы
- предотвращения развития рака эндометрия
- улучшения сексуальной функции

### **Диагноз**

**На основании результатов обследования Вами установлен + \_\_\_ + класс геморрагического шока**

- II
- IV
- III
- I

**С учетом выставленного диагноза Вы выполнили первый шаг алгоритма действий**

- установили внутривенный катетер
- начали оксигенационную терапию
- провели катетеризацию мочевого пузыря
- начали мониторинг гемодинамики

**Учитывая 39 недель беременности, продолжающееся кровотечение и расположение головки плода относительно плоскостей малого таза Вами принято решение о проведении**

- экстренного кесарева сечения
- планового кесарева сечения
- утеротонической терапии
- токолитической терапии

**Восстановление ОЦК при геморрагическом шоке 3 класса Вами проведено в виде комбинации**

- нативной плазмы, тромбоцитарной массы, лейкоцитарной массы, криопреципитата
- отмытых эритроцитов, альбумина 10%, криопреципитата, коллоидов, гамма-глобулина
- альбумина 5%, тромбоцитарной массы, криопреципитата, отмытых эритроцитов
- кристаллоидов, коллоидов, свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы

**Вы расценили проводимую инфузионную терапию как эффективную по нормализации показателей пульсоксиметрии и темпу диуреза более + \_\_\_ + мл/кг в час**

- 1,5
- 1,7
- 0,5
- 2,0

**Лечение геморрагического шока Вами расценено как эффективное при определении сатурации смешанной венозной крови более + \_\_\_ + %**

- 80-85
- 60-66
- 94-96
- 74-78

**Решение о применении трансфузии эритроцитарной массы Вами будет принято в случае анемии с уровнем гемоглобина + \_\_\_\_\_ + г/л**

- 70
- 75
- 80
- 85

**Основным фактором, предрасполагающим к развитию кровотечения при предлежании плаценты, является**

- генетическая предрасположенность к повышенной кровоточивости
- психоэмоциональное напряжение беременной в родах
- отслойка плаценты в период формирования нижнего сегмента
- тромбоз сосудов пуповины в третьем триместре беременности

**В качестве рекомендации профилактики предлежания плаценты при планировании следующей беременности Вами будет рекомендована**

- генетическая предрасположенность к повышенной кровоточивости
- психоэмоциональное напряжение беременной в родах
- отслойка плаценты в период формирования нижнего сегмента
- тромбоз сосудов пуповины в третьем триместре беременности

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Беременная 36 лет в 10-00 поступила в приёмное отделение родильного дома.

## **Жалобы**

Кровяные выделения из половых путей с 09-00, возникшие на фоне полного благополучия.

## **Анамнез заболевания**

Кол-во беременностей: 4. Родов самопроизвольные своевременные: 3. Без особенностей. +

Предстоят четвертые роды. Срок беременности 36 недель 6 дней. +

По данным УЗИ-скринингов плацента расположена по задней стенке (УЗИ 1 скрининга –хорион перекрывает область внутреннего зева, УЗИ 2 скрининга - нижний край плаценты доходит до внутреннего зева, УЗИ 3 скрининга - нижний край плаценты доходит до внутреннего зева)

## **Анамнез жизни**

- \* хронические заболевания отрицает;
- \* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- \* профессиональных вредностей не имела;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственные заболевания отрицает.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Т - 36,6°C, Пульс 100 уд./мин., удовлетворительного наполнения, АД — 100/60. Кожа бледная. Первая позиция, головное предлежание плода. Головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода отчетливое, слева ниже пупка 130 уд./мин., ритмичное. + Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки отклонена кзади, наружный зев закрыт, из которого истекает темная кровь. Во влагалище сгустки крови объемом до 200 мл.

## **Для постановки диагноза Вы провели**

- генетическая предрасположенность к повышенной кровоточивости
- психоэмоциональное напряжение беременной в родах
- отслойка плаценты в период формирования нижнего сегмента
- тромбоз сосудов пуповины в третьем триместре беременности

## **Результаты обследования**

**В качестве необходимого инструментального метода обследования для постановки диагноза вы выбрали**

- генетическая предрасположенность к повышенной кровоточивости
- психоэмоциональное напряжение беременной в родах
- отслойка плаценты в период формирования нижнего сегмента
- тромбоз сосудов пуповины в третьем триместре беременности

**Результаты инструментального метода обследования**

**Основным предполагаемым диагнозом пациентки является: Беременность 36 недель 6 дней. + \_\_\_\_\_ + Кровотечение**

- генетическая предрасположенность к повышенной кровоточивости
- психоэмоциональное напряжение беременной в родах
- отслойка плаценты в период формирования нижнего сегмента
- тромбоз сосудов пуповины в третьем триместре беременности

**Диагноз**

**На основании результатов обследования Вами установлен + \_\_\_\_\_ + класс геморрагического шока**

- I
- II
- IV
- III

**С учетом выставленного диагноза после установки внутривенного катетера следующим шагом Вы**

- определили сатурацию кислорода
- дали кислородную маску
- катетеризировали центральную вену
- катетеризировали мочевой пузырь

**Учитывая жалобы, анамнез и результаты клинко-лабораторного обследования Вашей основной лечебной тактикой является**

- токолитическая терапия
- экстренное кесарево сечение
- строгий постельный режим

- индукция родов

**В связи с наличием геморрагического шока 1 класса Вами принято решение о проведении + \_\_\_\_\_ + лапаротомии**

- {nbsp}Joel-Cohen
- {nbsp}Pfannenstiel
- поперечно-надлобковой
- нижнесрединной

**Восстановление ОЦК при геморрагическом шоке 1 класса интраоперационно Вами проведено в виде комбинации**

- кристаллоидов, коллоидов
- альбумина 5%, отмытых эритроцитов
- альбумина 10%, криопреципитата
- нативной плазмы, криопреципитата

**Лечение геморрагического шока Вами расценена как эффективная при определении сатурации смешанной венозной крови более + \_\_\_ + %**

- 60
- 80
- 75
- 70

**Решение о применении трансфузии эритроцитарной массы будет Вами принято при обнаружении анемии с уровнем гемоглобина + \_\_\_ + г/л**

- 85
- 70
- 80
- 75

**Вами определено основное показание для экстренного кесарева сечения у пациентки**

- эмболия околоплодными водами
- обильное кровотечение
- синдром задержки развития плода
- начинающаяся гипоксия плода

**В качестве профилактики гнойно-воспалительных осложнений длительность Вами назначенной антибактериальной терапии будет составлять + \_\_\_ + дней**

- эмболия околоплодными водами
- обильное кровотечение
- синдром задержки развития плода
- начинающаяся гипоксия плода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 24 года доставлена в 14-30 в приёмное отделение родильного дома бригадой скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

На обильные кровяные выделения из половых путей, возникшие сразу после резкой боли внизу живота без иррадиации с 13-30, общую слабость. Головной боли нет. Зрение ясное. Дыхание через нос свободное.

### **Анамнез заболевания**

В сроке 28-29 недель находилась на стационарном лечении по поводу умеренной преэклампсии, амбулаторно в качестве гипотензивного средства принимала допегит. Отмечает нарушения в кратности и дозировке приема препарата. В течение последней недели имело место вариабельность АД с диапазоне от 110/70 до 140/100 мм рт. ст. +

Беременность: 1 наступила самостоятельно. Роды: 1. Срок беременности 36 недель.

### **Анамнез жизни**

- \* заболевания: хронический пиелонефрит
- \* курит (10 сигарет в день, стаж курения 5 лет), алкоголем не злоупотребляет;
- \* аллергических реакций не было;
- \* наследственные заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Т - 36,6°C, Пульс 146 уд./мин., удовлетворительного наполнения, АД — 80/50 мм рт. ст. Кожа бледная. Положение плода продольное, предлежащая часть ясно не определяется из-за напряжения матки. Сердцебиение плода не выслушивается.

### **Для постановки диагноза Вы провели**

- эмболия околоплодными водами

- обильное кровотечение
- синдром задержки развития плода
- начинающаяся гипоксия плода

### **Результаты обследования**

**Для поставки диагноза в качестве оптимального инструментального метода обследования вы выбрали**

- эмболия околоплодными водами
- обильное кровотечение
- синдром задержки развития плода
- начинающаяся гипоксия плода

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом пациентки является: Беременность 36 недель + \_\_\_\_\_ + Кровотечение.**

### **Внутриутробная асфиксия плода**

- эмболия околоплодными водами
- обильное кровотечение
- синдром задержки развития плода
- начинающаяся гипоксия плода

### **Диагноз**

**На основании результатов обследования Вами установлен +\_\_+ класс геморрагического шока**

- III
- II
- I
- IV

**Принимая во внимание жалобы, анамнез и результаты клинико-лабораторного обследования Вами принято решение о проведении**

- острого токолиза матки
- планового кесарева сечения
- индукции родовой деятельности

- экстренного кесарева сечения

**В связи с диагностикой геморрагического шока 3 класса Вами интраоперационно начато восстановление ОЦК в виде комбинации**

- кристаллоидов, коллоидов, свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы
- альбумина 5%, тромбоцитарной массы, криопреципитата, отмытых эритроцитов
- отмытых эритроцитов, альбумина 10%, криопреципитата, гамма-глобулина
- нативной плазмы, тромбоцитарной массы, лейкоцитарной массы, криопреципитата

**Учитывая локализацию плаценты и объем кровопотери, Вами принято решение об использовании + \_\_\_\_\_ + трансплацентарного доступа в матку при проведении кесарева сечения**

- ниже-сегментного
- корпорального
- донного
- т-образного

**Лечение геморрагического шока Вами расценено, как эффективное, при определении**

- диуреза не менее 1 мл/мин или не менее 60 мл/час
- насыщения крови кислородом не ниже 90%
- артериального давления выше 80/60 мм рт. ст. и ЧСС менее 100/мин
- концентрации общего белка плазмы крови не ниже 60 г/л

**Лечение геморрагического шока Вами расценено, как эффективное, при определении сатурации смешанной венозной крови более + \_\_\_\_\_ + %**

- 90-93
- 94-96
- 74-76
- 80-85

**Решение о применении трансфузии эритроцитарной массы Вами принято при обнаружении анемии с уровнем гемоглобина + \_\_\_\_ + г/л**

- 70
- 80
- 60
- 75

## **Предрасполагающим фактором к формированию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является**

- хронический пиелонефрит
- аллергическая реакция
- механическая травма
- преэклампсия

## **В качестве профилактики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в следующей беременности Вами рекомендовано**

- хронический пиелонефрит
- аллергическая реакция
- механическая травма
- преэклампсия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В родильном блоке роженица 32 лет в третьем периоде родов. + 15 минут назад произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды живым доношенным плодом 3500 гр. 51 см, без видимых травм и пороков развития. Закричал сразу. Реанимационные мероприятия не проводились. Крик громкий. Роженице произведена катетеризация мочевого пузыря, получено 100 мл светлой мочи. Катетер удален. С целью профилактики кровотечения введено Sol.Oxytocini 10 ЕД{plus} 20 мл физиологического раствора, со скоростью 10 мл в час.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Через 15 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Осмотрен. Обнаружен дефект плаценты 2,5x2,0см, оболочки целы. Кровопотеря 350 мл. Кровотечение продолжается. Разрывов мягких тканей родовых путей и шейки матки при осмотре в зеркалах не выявлено.

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность неотягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские

инфекции, простудные заболевания.

\* Оперативные вмешательства: отрицает.

### **Менструальная функция**

Менструации с 13 лет, установились сразу по 6-7 дней, через 30 дней, умеренные, б/болезненные.

### **Генеративная функция**

Беременностей - 5: роды-1-е настоящие, Аборты-4, последний аборт 1,5 года назад осложнился острым метроэндометритом. Произведена вакуум-аспирация остатков плодного яйца с последующей антибактериальной терапией с положительным эффектом.

### **Гинекологический анамнез**

Гинекологический анамнез: со слов - эктопия шейки матки, лазерокоагуляция 4 года назад.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Температура тела 36,9°C. Рост 165 см. Вес 89 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 90 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Матка дряблая, дно матки пальпируется выше пупка, матка на массаж реагирует плохо. При массаже матки продолжается кровотечение. Выделяется жидкая кровь со сгустками.

**На основании клинической картины Вы поставили данной пациентке диагноз: Ранний послеродовый период. Кровотечение и**

- хронический пиелонефрит
- аллергическая реакция
- механическая травма
- преэклампсия

### **Диагноз**

**У пациентки кровопотеря 600 мл. Кровотечение продолжается. Вы оценили данную кровопотерю как + \_\_\_\_\_ + степень тяжести кровотечения**

- IV (тяжелая)
- III (умеренная)
- II (легкая)
- I (компенсированная кровопотеря)

**К наиболее вероятной причине развития гипотонического кровотечения у данной пациентки вы отнесете**

- первые роды после 30 лет
- отсутствие родов в анамнезе
- лазерокоагуляция эктопии шейки матки
- остатки плацентарной ткани

**В соответствии с алгоритмом действия при послеродовых кровотечениях Вы вызвали второго акушера-гинеколога, анестезиолога, трансфузиолога, медицинскую сестру, лаборанта и**

- обеспечили видеозапись происходящих событий после получения информированного согласия от пациентки
- информировали дежурного администратора и консультанта-гематолога о состоянии пациентки
- назначили члена дежурной бригады для записи событий, лечебных мероприятий и показателей жизненно важных функций
- информировали родственников или законных представителей пациентки о ее состоянии

**Данной пациентке Вы обеспечите лечение и контроль за жизненно важными функциями. Вы дадите пациентке маску и будете мониторировать АД, пульс, диурез, дыхание, сатурацию кислорода, и проведете**

- катетеризацию 2 периферических вен
- искусственную вентиляцию легких
- рентгенографию органов грудной клетки
- УЗИ почек и органов брюшной полости

**Данной пациентке кроме гемостазиограммы и определения группы крови и резус фактора необходимо**

- сделать развернутый биохимический анализ крови
- определить уровень окситоцина в сыворотке крови
- определить уровень сывороточного железа в крови
- сделать клинический анализ крови

**К немедикаментозным мерам 1 этапа остановки послеродового кровотечения у этой пациентки относятся ручное обследование матки, удаление остатков плацентарной ткани и**

- прикладывание льда на низ живота и промежность
- вакуум-аспирация полости матки

- катетеризации мочевого пузыря катетером Фолея
- наружно-внутренний массаж матки

**Для остановки послеродового маточного кровотечения (на 1 этапе) Вы назначите пациентке медикаментозную терапию для лечения атонии матки и**

- иммунокорректирующую терапию
- коррекции нарушений гемостаза
- антибиотикопрофилактику
- антианемическую терапию

**На первом этапе при отсутствии эффекта от проводимой терапии и продолжающемся кровотечении у данной пациентки Вы проведете**

- управляемую баллонную тампонаду матки
- инструментальное обследование полости матки для удаления сгустком
- повторное ручное исследование послеродовой матки и удалите сгустки
- вакуум-аспирацию полости матки для удаления сгустков

**Объем инфузионно-трансфузионной терапии при продолжающемся послеродовом кровотечении определяется в зависимости от величины кровопотери и**

- массы тела пациентки
- объема диуреза
- уровня гематокрита
- уровня артериального давления

**Несмотря на все проведенные меры по остановке кровотечения на первом этапе, у данной пациентки кровотечение не останавливается. Вы переходите к хирургическому этапу остановки кровотечения. Тактика хирургического лечения будет заключаться в проведении**

- лапароскопии и надвлагалищной ампутации матки
- лапаротомии с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапаротомии и надвлагалищной ампутация матки с маточными трубами
- лапароскопии и экстирпации матки с маточными трубами

**При выписке из стационара данной пациентке, перенесшей гипотоническое кровотечение, Вы рекомендуете**

- лапароскопии и надвлагалищной ампутации матки
- лапаротомии с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу

- лапаротомии и надвлагалищной ампутация матки с маточными трубами
- лапароскопии и экстирпации матки с маточными трубами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение гинекологического стационара бригадой скорой помощи доставлена женщина 21 года на 8-й неделе беременности, в заторможенном состоянии. Пациентку сопровождает мама.

### **Жалобы**

\* Пациентка не реагирует на задаваемые вопросы. Со слов мамы – жалобы на многократную рвоту до 20 раз за последние сутки, кратковременный эпизод потери сознания.

### **Анамнез заболевания**

\* На учете в ЖК по беременности с 6 недель. Проведено обследование (результаты на руках) (общеклинические показатели – в пределах гестационной нормы, инфекционный статус - отрицательный, консультации смежных специалистов – без патологии). УЗИ органов малого таза 4 дня назад – прогрессирующая маточная беременность 7-8 недель.

\* Вышеуказанные жалобы появились неделю назад.

\* Частота рвоты постепенно нарастала от 1-2 до 10-11 раз в сутки за последние три дня. По рекомендации врача ЖК женщина начала принимать пищу дробными порциями в охлажденном виде, пить холодный отвар Melissa в количестве 1 л\сутки. Положительный эффект был временным. За последний день частота рвоты резко возросла до 15-20 раз в сутки. Женщина не удерживает твердую пищу и жидкость. За последнюю неделю потеряла в весе 5,5 кг. Смена положения тела вызывает рвотный рефлекс. Дома теряла сознание. Мама пациентки заметив, что дочь очень вялая, всё время лежит в кровати, на вопросы не отвечает, отказывается от приема пищи, вызвала скорую помощь.

### **Анамнез жизни**

\* Аллергоанамнез: отрицает.

\* Наследственность неотягощена.

\* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

\* Дискинезия желчевыводящих путей с 18 лет. Лечение не получала.

\* Оперативные вмешательства: отрицает.

\* Менструации с 13 лет, установились сразу по 5-6 дней, через 30 дней,

умеренные, болезненные.

\* Гинекологический анамнез: со слов мамы – гинекологические заболевания отрицает.

\* Последняя менструация 1,5 месяца назад в срок.

\* Половая жизнь с 19 лет, в браке. Контрацепция барьерная.

\* Беременностей -1, настоящая, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. Женщина заторможена, на вопросы реагирует с трудом. Рост 170 см, масса тела 65 кг. Температура тела 38 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, желтушность склер. Кожа дряблая. Слой подкожно жировой клетчатки истончен. Язык, губы сухие. Запах ацетона изо рта. В легких дыхание везикулярное, учащенное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90/75 мм рт. ст., пульс 109 уд/мин, слабого наполнения, легко сжимаемый. Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, пальпация нижнего края печени болезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, в небольшом количестве. Стула не было 3 дня. + Влагалищное исследование. +

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки отклонена кзади. Тело матки округлой формы, увеличено до 8 недель беременности, умеренно размягчено, подвижно, безболезненно при пальпации. Придатки слева и справа не определяются, их область при пальпации безболезненна. Своды и параметрии свободные. Выделения из половых путей светлые.

**Учитывая жалобы, анамнез и данные наружного и внутреннего осмотров, необходимо провести дифференциальную диагностику между пищевой токсикоинфекцией и**

- острой кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей
- рвотой беременных
- жировым гепатозом печени

**Для постановки диагноза пациентке необходимо назначить следующие лабораторные методы обследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи и**

- острой кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей
- рвотой беременных

- жировым гепатозом печени

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для уточнения диагноза у данной пациентки является**

- острой кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей
- рвотой беременных
- жировым гепатозом печени

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Учитывая жалобы пациентки, данные осмотра, результаты обследования, предполагаемым диагнозом является: Беременность 8 недель**

- острой кишечной непроходимостью
- инфекцией мочевыводящих путей
- рвотой беременных
- жировым гепатозом печени

### **Диагноз**

**Возможной причиной возникновения рвоты беременных у данной пациентки является**

- слабость вестибулярного аппарата матери
- нарушение взаимодействия ЦНС и внутренних органов
- внутриутробная патология развития плода
- нарушение ритма питания и не сбалансированный рацион питания

**Лечебная тактика в отношении данной пациентки заключается в**

- назначении антибактериальной терапии
- назначении токолитической терапии
- прерывании беременности по медицинским показаниям
- восстановлении водно-солевого обмена и метаболизма

**В качестве рационального питания данной пациентке рекомендовано**

- питание большими порциями, с низкой калорийностью

- частое и дробное питание легкоусвояемой пищи
- двухразовый прием пищи, богатой жирными кислотами
- питание низкоуглеводной, нежирной пищей

**Объём инфузионной терапии, проводимой пациентке, должен быть + \_\_\_ + л в сутки в течение 3-5 дней**

- 0,3-0,6
- 4-5
- 1-3
- 7-8

**В качестве противорвотной терапии данной пациентке необходимо назначить**

- витамины \_группы В\_
- блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов
- прямые антагонисты дофамина
- ноотропные препараты

**При неэффективности проводимой комплексной терапии в течение 3 суток дальнейшая тактика ведения данной пациентки заключается в**

- динамическом наблюдении до 10 суток
- назначении дополнительных методов обследования
- усилении проводимой инфузионной терапии
- прерывании беременности по жизненным показаниям

**Показанием для прерывания беременности у данной пациентки может стать**

- прямого билирубина до 50 Ед/л
- прогрессирующее снижение массы тела
- аспаратаминотрансферазы до 60 ед/л
- щелочной фосфатазы до 110 U/l

**Индикаторами эффективности проводимой инфузионной терапии у пациентки будут нормализация диуреза, отсутствие обезвоживания и отсутствие**

- прямого билирубина до 50 Ед/л
- прогрессирующее снижение массы тела
- аспаратаминотрансферазы до 60 ед/л
- щелочной фосфатазы до 110 U/l

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Машиной скорой помощи в экстренном порядке в гинекологическое отделение доставлена беременная 25 лет.

### Жалобы

- \* на схваткообразные боли внизу живота
- \* обильные кровянистые выделения из половых путей
- \* слабость

### Анамнез заболевания

- \* неделю назад, на фоне задержки менструации отмечала катаральные явления с повышением температуры до 39,2°C в течение первых двух суток заболевания, далее в течение 5 дней сохранялась субфебрильная температура;
- \* в беременности заинтересована. Состоит на учете по беременности в женской консультации с 6 недель беременности;
- \* три часа назад появились схваткообразные боли внизу живота, которые постепенно усилились и к ним присоединились обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей. Вызвала СМП;
- \* бригадой скорой помощи доставлена в стационар

### Анамнез жизни

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность не отягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: скарлатина, краснуха, простудные заболевания, грипп
- \* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в возрасте 18 лет, без осложнений.
- \* Курит с 15 летнего возраста (около 20 сигарет в день)

### Менструальная функция

Менструации с 12 лет, по 5-6 дней, через 30 дней, б/болезненные, умеренные. Последняя менструация три с половиной месяца назад.

### Генеративная функция

Беременностей -2 настоящая, запланированная. А-1, в 16 лет без осложнений. В браке с 24 лет.

### Гинекологический анамнез

Гинекологический анамнез: со слов не отягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост 172. Вес 65кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст. Пульс 80 уд./мин, ритмичный. Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был, оформленный.

### **Гинекологический статус**

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, цианотичная. Наружный зев приоткрыт, пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, мягковатой консистенции, возбудимо при пальпации, подвижное, болезненное при смещении. Правые придатки без особенностей. Левые придатки без особенностей. Своды свободные, безболезненные. Выделения из половых путей кровянистые со сгустками, обильные.

### **Дифференциальный диагноз Вы проведете между начавшимся выкидышем, неполным выкидышем и**

- септическим выкидышем
- угрожающим выкидышем
- свершившимся выкидышем
- выкидышем в ходу

### **Необходимым методом обследования для постановки диагноза данной пациентке является**

- септическим выкидышем
- угрожающим выкидышем
- свершившимся выкидышем
- выкидышем в ходу

### **Результаты обследования**

### **На основании жалоб, анамнеза, осмотра и УЗИ Вы поставите данной пациентке диагноз: Беременность 13-14 недель и**

- септическим выкидышем
- угрожающим выкидышем

- свершившимся выкидышем
- выкидышем в ходу

## **Диагноз**

### **Лечебная тактика в данной клинической ситуации заключается в**

- выжидательной тактике ведения
- медикаментозном лечении
- хирургическом лечении
- физиотерапевтическом лечении

### **Необходимыми лабораторными методами обследования в предоперационном периоде являются: анализ крови на группу и Rh фактор и**

- биохимический анализ крови
- посев мочи на стерильность
- клинический анализ крови
- определение уровня прогестерона в крови

### **Для остановки кровотечения Вы проведете**

- инструментальный кюретаж полости матки
- консервативную терапию под контролем УЗИ
- аспирационный кюретаж полости матки
- РДВ полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии

### **Для подтверждения диагноза, материал, полученный в результате хирургического лечения, Вы направите на + \_\_\_\_\_ + исследование**

- гистологическое
- бактериологическое
- иммуногистохимическое
- цитологическое

### **После проведения вакуум- аспирации с целью профилактики осложнений Вы назначите пациентке**

- комбинированные оральные контрацептивы
- иммуномодулирующие препараты
- антибиотикопрофилактику
- внутриматочную гормональную систему

**У пациентки при обследовании определена группа крови и резус фактор – А (II) вторая, резус отрицательный. С целью профилактики резус сенсибилизации и резус конфликта при последующих беременностях необходимо назначение антирезус иммуноглобулина**

- 100 мкг перед планированием следующей беременности
- 800 мкг в течение 48 часов после операции
- 300 мкг в течение 72 часов после операции
- 200 мкг в течение 2 часов после операции

**Пациентке перед выпиской из стационара Вы назначите контрольное**

- биохимический анализ крови
- клинический анализ мочи
- УЗИ органов малого таза
- рентген грудной клетки

**Фактором риска неполного выкидыша у данной пациентки, кроме искусственного прерывания беременности в анамнезе и перенесенного во время настоящей беременности ОРВИ, явилось**

- курение с 15 летнего возраста
- аппендэктомия в анамнезе
- скарлатина в детском возрасте
- раннее начало половой жизни

**Учитывая заинтересованность данной пациентки в беременности, Вы порекомендуете ей КОК с целью реабилитации репродуктивной функции сроком на**

- курение с 15 летнего возраста
- аппендэктомия в анамнезе
- скарлатина в детском возрасте
- раннее начало половой жизни

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

10.11.настоящего года в 09.00 в отделение патологии беременности родильного дома госпитализирована беременная 36 лет.

## **Жалобы**

- \* на тянущие боли внизу живота в течение 3 дней, появившиеся после перенесенного ОРВИ с повышением температуры до 38°C в течение 1-х суток;
- \* на слизистые выделения из половых путей

## **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность неотягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, ОРЗ. Хронический холецистит.
- \* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в 17 лет.
- \* Вредные привычки – курит с 16 лет по пачке сигарет в день
- \* Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, регулярные.
- \* Гинекологический анамнез: рецидивирующий кандидозный вульвовагинит
- \* Последняя менструация – 10.04. настоящего года.
- \* Беременностей - 5: 1 беременность – медицинский аборт до 12 нед. без осложнений, 2 беременность – медицинский аборт до 12 нед. без осложнений, 3 беременность – экстренное кесарево сечение в сроке беременности 38 недель в связи с отслойкой нормально расположенной плаценты и острой гипоксией плода. Ребенок жив, 4 беременность – самопроизвольный выкидыш в сроке 19 нед. беременности, без осложнений, 5 беременность – настоящая, наступила самопроизвольно
- \* На учете в ЖК с 7-8 нед. 1 скрининг – риск ПЭ, ХА и ЗРП – низкий.
- \* Течение данной беременности: I триместр – ОРВИ без повышения температуры. II триместр – бактериальный вагиноз, проводилось лечение. В сроке беременности 24 недели после проведения ПГТТ был поставлен диагноз: Гестационный сахарный диабет, компенсирован диетотерапией. Обострение хронического холецистита в 20 недель. III триместр – ОРВИ с повышением температуры до 38
- \* Общая прибавка в весе – 12 кг.

## **Объективный статус**

- \* Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. + Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в минуту. + Пульс 80 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70, 110/70 мм рт. ст. + Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненная. + Матка при осмотре увеличена соответственно сроку беременности, овоидной формы, возбудима, безболезненная по всем отделам. Область рубца без особенности при пальпации. +

Шевеление плода ощущает хорошо. +

Сердцебиение плода 140 уд. в минуту, ритмичное, ясное. +

Физиологические отправления в норме. +

Выделения из половых путей слизистые.

\* Размеры таза: 27x29x33x22

Ромб Михаэлиса 11x10 см, индекс Соловьёва 1.4 +

Окружность живота - 102 см. +

ВДМ – 32 см. +

Предполагаемый вес плода по УЗИ: 1800±100 г.

\* Сроки беременности:

по менструации 10.04. – 30 нед. 4 дня, предполагаемая дата родов – 17.01. будущего года.

Влагалищное исследование: +

Наружные половые органы и влагалище развиты правильно. Шейка матки осмотрена в зеркалах – цилиндрическая, не эрозирована. Взят мазок на флору из влагалища, бак. посев из ц/канала. Шейка матки по центру малого таза, длиной 1.5 см, мягковатая, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды пальпируется головка плода, над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет.

**На основании жалоб, анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров Вы формируете у данной пациентки диагноз: Беременность 30-31 неделя. Головное предлежание. Рубец на матке после операции кесарево сечения. Гестационный сахарный диабет и**

- курение с 15 летнего возраста
- аппендэктомия в анамнезе
- скарлатина в детском возрасте
- раннее начало половой жизни

## **Диагноз**

**Факторами риска, относящимся к прошлым беременностям, у данной пациентки являются: 2 медицинских аборта и**

- поздний выкидыш
- острый аппендицит
- отслойка нормально расположенной плаценты
- экстренное кесарево сечение

**Факторами риска, относящимся к настоящей беременности, у пациентки являются никотиновая зависимость и**

- обострение хронического холецистита
- возраст 36 лет
- бактериальный вагиноз
- перенесенное ОРВИ в 1 триместре

**С целью прогнозирования начала наступления преждевременных родов у данной пациентки можно провести тест на определение ПСИФР-1 в цервикальном секрете, для определения длины шейки матки провести**

- обострение хронического холецистита
- возраст 36 лет
- бактериальный вагиноз
- перенесенное ОРВИ в 1 триместре

### **Результаты обследования**

**На данном этапе ваша тактика ведения пациентки заключается в проведении профилактики респираторного дистресс синдрома плода и**

- токолиза
- диетотерапии
- назначении седативных препаратов
- назначении спазмолитических средств

**Для проведения токолитической терапии у данной пациентки можно использовать блокаторы кальциевых каналов или**

- $\beta_2$ -адреномиметики
- витамины группы А
- низкомолекулярные гепарины
- селективные модуляторы прогестероновых рецепторов

**С целью проведения токолитической терапии пациентке Вы выбрали Атосибан. У нее нет основных противопоказаний к применению Атосибана, к которым относятся: тяжелая преэклампсия, маточное кровотечение и**

- тазовое предлежание плода мужского пола
- несоответствие размеров таза матери и головки плода
- монохориальная моноамниотическая двойня
- преждевременный разрыв оболочек в сроке >30 недель

**В качестве профилактики респираторного дистресс синдрома Вы назначили пациентке глюкокортикоиды в суммарной дозе + \_\_\_\_ + мг**

- 16
- 32
- 24
- 28

**В сроке беременности 33 недели пациентка в удовлетворительном состоянии и с прогрессирующей беременностью выписана домой под наблюдение врача женской консультации. Рекомендовано проводить стандартное наблюдение по беременности, УЗИ и КТГ в динамике и назначить**

- измерение уровня глюкозы крови натощак каждое утро
- терапию дротаверином
- пероральные токолитики
- антибиотики пенициллинового ряда

**В качестве профилактики преждевременных родов в будущих беременностях у данной пациентки необходимо рекомендовать**

- назначение белково-энергетических пищевых добавок
- дополнительный прием антиоксидантов - витаминов \_С\_ и \_Е\_ в течение 6 мес перед беременностью
- ограничение повторных внутриматочных манипуляций
- рутинное применение поливитаминов до зачатия

**Вторичная профилактика преждевременных родов включает назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с преждевременными родами в анамнезе или**

- с индексом массы тела более 35
- с выраженными отеками голеней и стоп
- с массой плода менее 2000 г в предыдущих беременностях
- с короткой шейкой матки (10-25 мм)

**К общим акушерским противопоказаниям к проведению токолиза относятся: отслойка плаценты, антенатальная гибель плода и**

- с индексом массы тела более 35
- с выраженными отеками голеней и стоп
- с массой плода менее 2000 г в предыдущих беременностях

- с короткой шейкой матки (10-25 мм)

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

27.09 настоящего года в 9.30 утра в приемное отделение родильного дома самотеком обратилась беременная. Срок беременности 39-40 недель.

### Жалобы

На схваткообразные боли внизу живота регулярно характера с 08.00 утра.

### Анамнез жизни

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность не отягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: в/оспа, скарлатина в детстве, хронические заболевания отрицает
- \* Менструации с 13 лет, через 30 дней, по 3 дня, регулярные.
- \* Последняя менструация – 27.12 прошлого года
- \* Беременностей- 4: 1 беременность – преждевременные роды (35-36 недель), вес плода 2300 – без осложнений, 2 беременность – неразвивающаяся – без осложнений, 3 беременность своевременные самопроизвольные роды четыре года назад вес плода 2820 – без осложнений, 4-я беременность – настоящая, наступила самопроизвольно
- \* Течение данной беременности: I триместр– угроза прерывания беременности - принимала дюфастон до 18 недель беременности, II триместр – обострение хронического тонзиллита в 28 нед. – принимала антибактериальную терапию, III триместр – отеки голеней и стоп
- \* Общая прибавка в весе – 25 кг.
- \* Гинекологический анамнез: разрыв кисты желтого тела правого яичника, лапароскопия, энуклеация кисты яичника -4 года назад

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. +  
Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. +  
Дыхание через нос свободное. ЧДД 19 в минуту. +  
Пульс 84 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/75, 115/75 мм. рт. ст. +  
Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненная. +  
Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. +  
Мочеиспускание свободное, безболезненное. +  
Физиологические отправления в норме. +

Выделения из половых путей нет. +  
Размеры таза: 25x28x32x21 см. +  
Ромб Михаэлиса 11{asterisk}11 см +  
Индекс Соловьёва 1.5 +  
Окружность живота - 97 см +  
ВДМ – 35 см +  
Предполагаемый вес плода: по УЗИ 3400 ±150 гр. +  
Срок беременности: 39-40 недель по менструации. +  
По данным УЗИ ПДР 30.09 настоящего года. +  
Схватки через 5 мин по 40 секунд, болезненные, матка вне схватки расслабляется, б/болезненная во всех отделах. Шевеление плода ощущает хорошо. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140-146 уд в минуту, ритмичное, ясное, выслушивается слева выше пупка. +

Влагалищное исследование:

\* Наружные половые органы и влагалище развиты правильно. Взяты мазки. Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые.

**На основании жалоб, анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39-40 недель, тазовое предлежание**

- патологический прелиминарный период
- второй период родов
- предвестники родов
- первый период родов

**У данной пациентки к возможной причине формирования тазового предлежания плода можно отнести**

- прибавку в весе более 10 кг
- очаги хронической инфекции
- высокий паритет родов
- угрозу прерывания до 16 недель

**При поступлении в стационар данной пациентке кроме КТГ вы назначите**

- прибавку в весе более 10 кг
- очаги хронической инфекции

- высокий паритет родов
- угрозу прерывания до 16 недель

### **Результаты обследования**

**При наружном акушерском обследовании данной пациентки вы обнаружили + \_\_\_\_\_ + , что указывает на тазовое предлежание плода**

- высоту стояния дна матки 37 см
- окружность живота 97 см на уровне пупка
- сердцебиение плода слева ниже пупка
- сердцебиение плода слева выше пупка

**УЗ-исследование вы проведете с целью оценки положения и веса плода, запрокидывания ручек, обвития пуповиной вокруг шеи плода и**

- высоту стояния дна матки 37 см
- окружность живота 97 см на уровне пупка
- сердцебиение плода слева ниже пупка
- сердцебиение плода слева выше пупка

### **Дополнительная информация**

Головка плода визуализируется в дне матки, в состоянии максимального сгибания. Петли пуповины в области шеи не визуализируются. Ручки приведены к туловищу и скрещены на груди.

**Одной из целей УЗ- исследования при поступлении данной пациентки в стационар является**

- определение пола плода
- оценка расположения ножек
- определение длины пуповины
- определение длины шейки матки

**Условиями для родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути у пациентки являются нормальные размеры таза, регулярная родовая деятельность, отсутствие гипоксии плода, разгибания головки, чисто ягодичное предлежание плода, отсутствие в анамнезе кесарева сечения, предполагаемая масса плода**

- не  $\leq 2000$  и не  $\geq 3000$  г
- не  $\leq 2500$  и не  $\geq 3800$  г

- не  $\leq 1500$  и не  $\geq 3000$  г
- не  $\leq 2600$  и не  $\geq 3500$  г

**Ведения I периода родов у данной пациентки, будет включать в себя максимальное сохранение плодного пузыря; наблюдение за родовой деятельностью, скоростью раскрытия шейки матки и**

- не  $\leq 2000$  и не  $\geq 3000$  г
- не  $\leq 2500$  и не  $\geq 3800$  г
- не  $\leq 1500$  и не  $\geq 3000$  г
- не  $\leq 2600$  и не  $\geq 3500$  г

**Учитывая полученные данные, Вы формируете диагноз: Беременность 39-40 недель. Чисто ягодичное предлежание. 1 период родов и**

- не  $\leq 2000$  и не  $\geq 3000$  г
- не  $\leq 2500$  и не  $\geq 3800$  г
- не  $\leq 1500$  и не  $\geq 3000$  г
- не  $\leq 2600$  и не  $\geq 3500$  г

### **Диагноз**

**Принимая во внимание первичную слабость родовой деятельности, пациентке показано**

- абдоминальное родоразрешение
- внутримышечное введение прогестерона
- обезболивание и медикаментозный сон
- вагинальное введение простагландина

**Необходимыми условиями для проведения наружного акушерского поворота при тазовых предлежаниях являются: срок гестации не менее 36 недель, адекватное количество околоплодной жидкости и**

- наличие плода женского пола, массой не более 2900 г
- настоятельное желание женщины
- удовлетворительное состояние плода
- наличие плода мужского пола, массой не более 2900 г

**Противопоказаниями для влагалищных родов при тазовом предлежании являются: предлежание плаценты или пуповины, ожирение ( $ИМТ > 35$  кг/м<sup>2</sup>) и наличие**

- наличие плода женского пола, массой не более 2900 г
- настоятельное желание женщины
- удовлетворительное состояние плода
- наличие плода мужского пола, массой не более 2900 г

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

01.10 настоящего года в отделение патологии беременности в поступила беременная 32 лет в плановом порядке для подготовки к родам. Срок беременности 39-40 недель.

### Жалобы

На момент осмотра не предъявляет.

### Анамнез жизни

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность: не отягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания в/оспа, ОРВИ, хронический гайморит.
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.
- \* Вредные привычки – отрицает.
- \* Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4 дня, регулярные.
- \* Гинекологический анамнез: апоплексия левого яичника, оперативное лечение
- \* Последняя менструация – 27.12. прошлого года.
- \* Беременностей - 4: 1 беременность – преждевременные роды в 35 недель, 2100 – б/о, 2 беременность – неразвивающаяся беременность – б/о., 3 беременность – своевременные самопроизвольные роды, 3500 – б/о, 4 беременность – настоящая, наступила самопроизвольно.
- \* Течение данной беременности: I триместр – угроза прерывания беременности – дюфастон до 16 недель, II триместр – без особенностей, III триместр – анемия легкой степени.

### Объективный статус

- \* Общее состояние удовлетворительное.
- Зрение ясное. Голова не болит. +  
Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. +  
Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в минуту. +  
Пульс 80 уд в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70, 120/70 мм рт. ст. +  
Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки,

безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненная. Матка при осмотре увеличена соответственно сроку беременности, овоидной формы, в нормотонусе, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец, головка плода в дне матки. Шевеление плода ощущает хорошо. Сердцебиение плода 140-146 уд в минуту, ритмичное, ясное. Физиологические отправления в норме. Выделений из половых путей нет

\* Общая прибавка в весе – 22 кг.

\* Размеры таза: 25x27x31x20

Ромб Михаэлиса 11{asterisk}10 см, +

Индекс Соловьёва 1,5 +

Окружность живота - 95 см. +

ВДМ – 36 см. +

Предполагаемый вес плода: по УЗИ 3950 ± 150 гр.

\* Сроки беременности: по менструации 39-40 недель, по УЗИ в женской консультации- 39- 40 недель в день поступления в стационар, ПДР. 04.10 настоящего года

Влагалищное исследование:

\* Наружные половые органы и влагалище развиты правильно. Шейка матки осмотрена в зеркалах – эрозирована. Взяты мазки. Р.В.: Шейка матки по проводной оси малого таза, длиной 2,0 см, размягчена, цервикальный канал пропускает 1 п/палец. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения светлые.

**Учитывая диагноз пациентки: Беременность 39-40 недель. Тазовое предлежание. Крупный плод, принято решение вести роды**

- путем операции кесарева сечения после начала родовой деятельности
- путем оперативного родоразрешения- кесарева сечения в плановом порядке
- через естественные родовые пути с применением классического ручного пособия
- через естественные родовые пути с экстракцией плода за тазовый конец

**Данной пациентке, госпитализированной на плановое родоразрешение в отделение патологии беременности, необходимо выполнить КТГ и**

- путем операции кесарева сечения после начала родовой деятельности
- путем оперативного родоразрешения- кесарева сечения в плановом порядке
- через естественные родовые пути с применением классического ручного пособия
- через естественные родовые пути с экстракцией плода за тазовый конец

**Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, наружного и внутреннего осмотров и результаты УЗИ (ПМП 3950±150г), целесообразно назначить плановое абдоминальное родоразрешение**

- в рассчитанный по менструации день ПДР
- после достижения срока беременности 41 неделя
- после самопроизвольного излития околоплодных вод
- в ближайший день после госпитализации

**В рамках подготовки к операции кесарева сечения необходимо назначить пациентке следующие лабораторные исследования: клинический анализ крови, гемостазиограмму, тестирование на сифилис, ВИЧ, гепатит В и С и**

- в рассчитанный по менструации день ПДР
- после достижения срока беременности 41 неделя
- после самопроизвольного излития околоплодных вод
- в ближайший день после госпитализации

### **Результаты обследования**

**Предоперационная профилактика у данной пациентки будет включать в себя консультацию анестезиолога, компрессионный трикотаж, катетеризацию мочевого пузыря и**

- назначение противовоспалительных препаратов
- проведение антибиотикопрофилактики
- назначение консультации психолога
- проведение профилактики РДС плода

**Вы назначите антибиотикопрофилактику данной пациентке за \_\_\_\_\_ до начала операции**

- 30-60 минут
- 6-12 часов
- 12-24 часа
- 5-10 минут

**Препаратами выбора для антибиотикопрофилактики являются: амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, цефазолин, цефуроксим, а при аллергических реакциях на пенициллины и/или цефалоспорины применима комбинация клиндамицина и**

- сульфаниламида
- флюконазола
- метронидазола
- гентамицина сульфата

**В 10.00 следующего дня пациентке выполнено абдоминальное родоразрешение в сроке беременности 39-40 недель под эпидуральной анестезией, течение операции без особенностей. В отделении реанимации рекомендована ранняя активация пациентки через + \_\_\_\_ + часов**

- 7 - 9
- 9 - 11
- 4 - 6
- 10 - 12

**В рамках адекватного послеоперационного обезболивания и для снижения потребления опиоидов необходимо назначить данной пациентке в конце операции**

- в/венную инфузию парацетамола
- в/венную инфузию дротаверина
- в/венную инфузию но-шпы
- в/мышечное введение дротаверина

**После ранней активизации пациентки в реанимационной палате она может быть переведена в послеродовую палату через + \_\_\_\_ + часов**

- 6 - 8
- 15 - 18
- 9 - 12
- 23 - 25

**В 18.00 пациентка в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение, где будет осматриваться врачом акушером-гинекологом каждые + \_\_\_\_ + ч**

- 12
- 2
- 24
- 6

**Ранняя активация в отделении реанимации противопоказана при выраженном болевом синдроме, тромбфлебите вен нижних конечностей, кровотечении, а также при**

- 12
- 2
- 24
- 6

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара доставлена женщина 27 лет со сроком беременности 9 недель.

### **Жалобы**

На тошноту, слюнотечение, рвоту до 7-8 раз в сутки, головокружение, слабость.

### **Анамнез заболевания**

- \* На учете в ЖК с 6 недель беременности. Обследована. Лабораторные показатели при постановке на учет в пределах гестационной нормы. Три дня назад проведено УЗИ органов малого таза, заключение (на руках): прогрессирующая маточная беременность 8-9 недель.
- \* Вышеуказанные жалобы появились неделю назад.
- \* Частота рвоты постепенно нарастала от 1-2 раз в сутки до 7-8 раз в сутки за последние два дня.
- \* За последнюю неделю отмечает потерю в весе 1,5 кг.
- \* В течение последних трех часов, во время очередного приема пищи, возникла сильная рвота, почувствовала резкую слабость и головокружение, вызвала скорую помощь, доставлена в стационар.

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез не отягощен.
- \* Наследственность не отягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- \* Дискинезия желчевыводящих путей.
- \* Оперативные вмешательства отрицает.
- \* Менструации с 13 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 26 дней, умеренные, болезненные.
- \* Гинекологические заболевания отрицает.

- \* Последняя менструация 2 месяца назад в срок.
- \* Половая жизнь с 20 лет, в браке.
- \* Беременностей -1, настоящая, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

\* Состояние средней степени тяжести. Апатия. Рост 168 см, масса тела 62,5 кг. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, легкая желтушность склер. Язык слегка обложен, суховат. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс 93 уд./мин, ритмичный. Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, в небольшом количестве. Стула не было 2 дня.

\* Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Тело матки округлой формы, увеличено до 9 недель беременности, умеренно размягчено, подвижно, безболезненно при пальпации. Придатки слева и справа не определяются, их область безболезненна. Своды и параметрии свободные. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Учитывая жалобы, анамнез и данные наружного и внутреннего осмотров, следует провести дифференциальную диагностику между рвотой беременных и**

- циррозом печени
- болезнью Меньера
- пищевой токсикоинфекцией
- кишечной непроходимостью

**Необходимыми для постановки диагноза у данной пациентки лабораторными методами обследования являются: клинический анализ крови, биохимический анализ крови и**

- циррозом печени
- болезнью Меньера
- пищевой токсикоинфекцией
- кишечной непроходимостью

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для уточнения диагноза у данной пациентки является**

- циррозом печени
- болезнью Меньера
- пищевой токсикоинфекцией
- кишечной непроходимостью

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Принимая во внимание жалобы пациентки, данные осмотра, результаты обследования, предполагаемым диагнозом является: Беременность 9 недель**

- циррозом печени
- болезнью Меньера
- пищевой токсикоинфекцией
- кишечной непроходимостью

### **Диагноз**

**Возможной причиной возникновения рвоты беременных у данной пациентки является**

- нарушение взаимодействия ЦНС и внутренних органов
- нарушение ритма и не сбалансированный рацион питания
- внутриутробная патология развития плода
- несовершенство вестибулярного аппарата

**Лечебная тактика в отношении данной пациентки заключается в**

- восстановлении водно-солевого обмена и метаболизма
- прерывании беременности на данном сроке
- назначении антибактериальных препаратов
- строгом постельном режиме в условиях стационара

**Основные принципы диеты, рекомендованной пациентке, заключаются в**

- питании низкоуглеводной, нежирной пищей
- соблюдении кетодиеты, ведении пищевого дневника
- частом и дробном питании легкоусвояемой пищи
- двухразовом приеме пищи, богатой жирными кислотами

**Необходимый объём инфузионной терапии у данной пациентки должен составлять + \_\_\_ + л в сутки в течение 3-5 дней**

- 5-6
- 1-3
- 4 -5
- 0,2-0,5

**Рвотный рефлекс у данной пациентки следует купировать путем введения**

- блокаторов H1-гистаминовых рецепторов
- прямых антагонистов дофамина
- инъекционной формы витаминов группы В
- инъекционной формы ноотропных препаратов

**В случае нарастания степени тяжести рвоты до тяжелой и неэффективности комплексной терапии в течение 3-х суток у данной пациентки дальнейшая тактика будет заключаться в**

- динамическом наблюдении до 14 суток
- усилении проводимой инфузионной терапии
- назначении дополнительных методов обследования
- прерывании беременности по жизненным показаниям

**Показанием для прерывания беременности у данной пациентки может стать увеличение в биохимическом анализе крови**

- щелочной фосфатазы до 100 U/l
- аланинаминотрансферазы до 50 Ед/л
- глюкозы крови до 7.7 ммоль/л
- билирубина до 100 мкмоль/л

**Индикаторами эффективности проводимой инфузионной терапии у пациентки будут отсутствие обезвоживания в организме, отсутствие ацетона в моче и**

- щелочной фосфатазы до 100 U/l
- аланинаминотрансферазы до 50 Ед/л
- глюкозы крови до 7.7 ммоль/л
- билирубина до 100 мкмоль/л

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

В родильном блоке под наблюдением в раннем послеродовом периоде родильница 29 лет.

30 минут назад произошли 2-е своевременные самопроизвольные роды живым доношенным плодом 4100 гр. 51 см., без видимых травм и пороков развития. Закричал сразу. Крик громкий. Родильнице произведена катетеризация мочевого пузыря, получено 100 мл светлой мочи. С целью профилактики кровотечения введено Sol.Oxytocini 10 ЕД{plus} 20 мл физиологического раствора, со скоростью 10 мл. в час.

Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Дольки плаценты все, оболочки целы.

Разрывов мягких тканей родовых путей и шейки матки при осмотре в зеркалах не выявлено. Общая кровопотеря 250 мл.

## **Жалобы**

Не предъявляет.

## **Анамнез заболевания**

Через 30 минут после родов при очередном наружном массаже матки выделилось еще 300 мл жидкой крови со сгустками, кровотечение продолжается. Матка расслабляется, дно на уровне пупка. Катетеризация мочевого пузыря (катетером Фолея), выделено 100 мл светлой мочи. Общая кровопотеря достигла 650 мл, кровотечение продолжается.

## **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность неотягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.

## **Менструальная функция**

Менструации с 13 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 26 дней, умеренные, б/болезненные.

## **Генеративная функция**

Беременностей – 4.

В анамнезе самопроизвольные роды 5 лет назад, осложнились плотным прикреплением плаценты по поводу которого произведено ручное обследование стенок послеродовой матки, отделение плаценты.

2-е роды настоящие.

Аборт-2, без осложнений.

### **Гинекологический анамнез**

Гинекологический анамнез: со слов - эктопия шейки матки, лазерокоагуляция 3 года назад.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Температура тела 36,9°C. Рост 165 см. Вес 89 кг.

Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 120 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Матка дряблая, дно матки пальпируется выше пупка, матка на массаж реагирует плохо.

Выделения из половых путей – жидкая кровь со сгустками.

**На основании клинической картины данной пациентке можно поставить диагноз: Ранний послеродовый период и**

- щелочной фосфатазы до 100 U/l
- аланинаминотрансферазы до 50 Ед/л
- глюкозы крови до 7.7 ммоль/л
- билирубина до 100 мкмоль/л

### **Диагноз**

**У пациентки кровопотеря 650 мл. Кровотечение продолжается. Степень тяжести кровотечения можно оценить как**

- III степень (умеренная)
- II степень (легкая)
- I степень (компенсированная)
- IV степень (тяжелая)

**Наиболее вероятной причиной развития гипотонического кровотечения у данной пациентки является**

- два медицинских аборта в анамнезе
- рождение крупного плода
- лазерокоагуляция эктопии шейки матки
- ручное обследование матки после 1 родов

**Вы-врач, оказывающий помощь данной пациентке. Организационные мероприятия согласно алгоритму действия, наряду с вызовом второго**

## **акушера-гинеколога, анестезиолога, трансфузиолога, медицинской сестры и лаборанта включают**

- назначение члена дежурной бригады для записи событий, лечебных мероприятий и показателей жизненно важных функций
- информирование дежурного администратора и консультанта-гематолога
- видеозапись происходящих событий после получения информированного согласия от пациентки
- информирование родственников или законных представителей пациентки

**Для обеспечения лечения и контроля за жизненно важными функциями у этой пациентки необходимо провести подготовительные манипуляции: катетеризировать 2 периферические вены, обеспечить пациентку маской и мониторируют АД, пульс, диурез, дыхание, сатурацию кислорода, и**

- обеспечить искусственную вентиляцию легких
- провести УЗИ органов брюшной полости
- катетеризировать мочевого пузыря
- провести рентгенографию грудной клетки

**Кроме клинического анализа крови и гемостазиограммы данной пациентке необходимо провести лабораторные исследования такие, как определение**

- уровня сывороточного железа в крови
- уровня печеночных ферментов
- группы крови и резус фактора
- уровня глюкозы в крови

**На 1 этапе остановки гипотонического маточного кровотечения у этой пациентки врач проводит наружно-внутренний массаж матки и**

- ручное исследование послеродовой матки и удаление остатков плацентарной ткани или сгустков (однократно)
- инструментальное обследование послеродовой матки, ее кюретаж
- прикладывание льда на низ живота после выведения мочи катетером
- наружную компрессию матки после катетеризации мочевого пузыря

**На 1 этапе остановки гипотонического маточного кровотечения у данной пациентки врач назначает окситоцин и препараты для**

- профилактики постгеморрагической анемии
- стимуляции иммунной системы и гепатопротекторы
- коррекции нарушений параметров гемостаза

- профилактики септических послеродовых осложнений

**При отсутствии эффекта от проводимой терапии на первом этапе и продолжающемся кровотечении у данной пациентки необходимо перейти к**

- управляемой баллонной тампонаде матки
- инструментальному обследованию полости матки для удаления сгустков
- повторному ручному исследованию послеродовой матки и удалению сгустков
- вакуум-аспирации полости матки для удаления сгустков

**У данной пациентки, при продолжающемся гипотоническом кровотечении, врач определяет объем инфузионно-трансфузионной терапии, исходя из массы тела пациентки и**

- артериального давления
- уровня гемоглобина
- величины кровопотери
- объема диуреза

**Если у данной пациентки кровотечение не останавливается, врач определяет объем хирургического лечения как**

- лапароскопию с наложением квадратных компрессионных швов
- лапаротомию с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопию с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопию с наложением вертикальных компрессионных швов

**Выписывая из стационара данную пациентку, перенесшую гипотоническое кровотечение, врач рекомендует**

- лапароскопию с наложением квадратных компрессионных швов
- лапаротомию с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопию с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопию с наложением вертикальных компрессионных швов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В родильном блоке под наблюдением в раннем послеродовом периоде роженица 34 лет. +

25 минут назад произошли 2-е своевременные самопроизвольные роды живым

доношенным плодом 4300 гр. 52 см., без видимых травм и пороков развития. Закричал сразу. Крик громкий. Родильнице произведена катетеризация мочевого пузыря, получено 100 мл светлой мочи. С целью профилактики кровотечения введено Sol.Oxytocini 10 ЕД+ 20 мл физиологического раствора, со скоростью 10 мл. в час. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Дольки плаценты все, оболочки целы. Разрывов мягких тканей родовых путей и шейки матки при осмотре в зеркалах не выявлено. Общая кровопотеря 300 мл.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Через 10 минут после родов при очередном наружном массаже матки выделилось еще 200 мл жидкой крови со сгустками, кровотечение продолжается. Матка расслабляется, дно на уровне пупка. Катетеризация мочевого пузыря (катетером Фолея), выделено 100 мл светлой мочи. Общая кровопотеря достигла 500 мл и продолжается.

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность: у матери миома матки
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.

### **Менструальная функция**

Менструации с 11 лет, установились сразу по 5-6 дней, через 30 дней, умеренные, б/болезненные.

### **Генеративная функция**

Беременностей - 2: роды - 2, 2-е роды настоящие, без осложнений.

### **Гинекологический анамнез**

Гинекологический анамнез: со слов - эктопия шейки матки, лазерокоагуляция 3 года назад, апоплексия яичника болевая форма- консервативная терапия.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Температура тела 36,9°C. Рост 165 см. Вес 92 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 90 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Матка дряблая, дно матки пальпируется выше

пупка, матка на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей – жидкая кровь со сгустками.

**На основании клинической картины Вы поставили данной пациентке диагноз: Ранний послеродовый период и**

- лапароскопию с наложением квадратных компрессионных швов
- лапаротомию с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопию с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопию с наложением вертикальных компрессионных швов

**Диагноз**

**У пациентки кровопотеря 700 мл. Кровотечение продолжается. Вы оценили данную кровопотерю как + \_\_\_\_\_ + степень тяжести кровотечения**

- III (умеренная)
- I (компенсированная кровопотеря)
- IV (тяжелая)
- II (легкая)

**Наиболее вероятной причиной развития гипотонического кровотечения у данной пациентки является**

- рождение крупного плода
- лазерокоагуляция эктопии шейки матки
- наследственный анамнез
- апоплексия яичника в анамнезе

**Согласно алгоритму действия при кровотечениях после родов Вы назначили члена дежурной бригады для записи событий, лечебных мероприятий и показателей жизненно важных функций, вызвали анестезиолога, трансфузиолога, медицинскую сестру, лаборанта и**

- дежурного администратора
- второго акушера-гинеколога
- консультанта-гематолога
- родственников пациентки

**Для обеспечения контроля за жизненно важными функциями у этой пациентки Вы катетеризировали 2 периферические вены, мочевого пузыря, обеспечили пациентку кислородной маской и**

- провели рентгенографию грудной клетки в двух проекциях
- продолжили мониторировать АД, пульс, диурез, дыхание, сатурацию кислорода
- обеспечили искусственную вентиляцию легких
- провели УЗ исследование почек и органов брюшной полости

**Кроме клинического анализа крови и гемостазиограммы, данной пациентке необходимо определить**

- уровень печеночных ферментов
- уровень сывороточного железа в крови
- уровень глюкозы в крови
- группу крови и резус фактор

**С целью остановки гипотонического маточного кровотечения у этой пациентки (1 этап) Вы провели наружно-внутренний массаж матки и**

- ручное обследование послеродовой матки (однократно)
- инструментальное обследование послеродовой матки (кюретаж)
- вакуум - аспирацию полости матки для удаления сгустков
- наружную компрессию матки и прикладывание льда на низ живота

**При остановке гипотонического маточного кровотечения у данной пациентки на 1 этапе Вы назначили коррекцию гемостаза и**

- гормональную терапию
- антибактериальную терапию
- седативную терапию
- утеротоническую терапию

**Эффект от проводимой Вами терапии на первом этапе у данной пациентки отсутствует. Кровотечение продолжается. Вы переходите к**

- вакуум-аспирации полости матки для удаления сгустков
- управляемой баллонной тампонаде матки
- повторному ручному исследованию послеродовой матки и удалению сгустков
- инструментальному обследованию полости матки для удаления сгустком

**У данной пациентки, при продолжающемся гипотоническом кровотечении, Вы определили объем инфузионно-трансфузионной терапии исходя из массы тела пациентки и**

- величины кровопотери

- уровня гемоглобина
- объема диуреза
- артериального давления

**Кровотечение не останавливается, не смотря на все проведенные меры 1 этапа остановки кровотечения. Следовательно, Вы перейдете к хирургическому лечению в объеме**

- лапароскопии и надвлагалищной ампутации матки
- лапаротомии с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапаротомии и надвлагалищной ампутация матки с маточными трубами
- лапароскопии и экстирпации матки с маточными трубами

**На втором этапе хирургического лечения при продолжающемся кровотечении Вы можете провести органосохраняющую операцию - лигирование маточных сосудов и**

- лапароскопии и надвлагалищной ампутации матки
- лапаротомии с наложением компрессионных швов на матку по Б-Линчу
- лапаротомии и надвлагалищной ампутация матки с маточными трубами
- лапароскопии и экстирпации матки с маточными трубами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи в экстренном порядке доставлена беременная женщина 28 лет.

### **Жалобы**

- \* на обильные кровянистые выделения из половых путей
- \* боли внизу живота
- \* головокружение, слабость

### **Анамнез заболевания**

Неделю назад, на фоне задержки менструации отмечала тошноту, рвоту, диспепсические явления с повышением температуры до 39,2 в течение первых двух суток заболевания, далее в течение нескольких дней сохранялась слабость и субфебрильная температура. +

В беременности заинтересована. Состоит на учете по беременности в женской консультации с 7 недель беременности. +

Два часа назад появились боли внизу живота, мажущиеся кровянистые

выделения, которые постепенно усилились и присоединились обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей. Вызвала СМП. + Бригадой скорой помощи доставлена в стационар

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает
- \* Наследственность неотягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: корь, краснуха, ветряная оспа, простудные заболевания, грипп
- \* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в возрасте 10 лет, без осложнений

### **Менструальная функция**

Менструации с 11 лет, по 4-5 дня, через 28 дней, б/болезненные, умеренные. Последняя менструация три месяца назад.

### **Генеративная функция**

Беременностей -1 настоящая, запланированная. В браке с 18 лет.

### **Гинекологический анамнез**

Гинекологический анамнез: со слов неотягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост 175. Вес 60кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 78 уд./мин, ритмичный. Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был, оформленный.

### **Гинекологический статус**

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, цианотичная. Наружный зев приоткрыт, пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено до 10-11 недель беременности, мягковатой консистенции, возбуждено при пальпации, подвижное, болезненное при смещении. Правые придатки без особенностей. Левые придатки без особенностей. Своды свободные, безболезненные. Выделения из половых путей кровянистые со сгустками, обильные.

### **Дифференциальный диагноз Вы проведете между начавшимся выкидышем, неполным выкидышем и**

- абортом в ходу

- угрожающим выкидышем
- свершившимся выкидышем
- септическим выкидышем

**Необходимым для постановки диагноза данной пациентке инструментальным методом обследования является**

- абортom в ходу
- угрожающим выкидышем
- свершившимся выкидышем
- септическим выкидышем

**Результаты инструментального метода обследования**

**Вы собрали анамнез, провели осмотр и УЗИ, провели дифференцированную диагностику и поставили данной пациентке диагноз: Беременность 12 недель и**

- абортom в ходу
- угрожающим выкидышем
- свершившимся выкидышем
- септическим выкидышем

**Диагноз**

**Для определения дальнейшей тактики ведения данной пациентки оценка соотношения уровня ХГЧ и УЗИ в динамике**

- рекомендована ХГЧ через 24 часа и УЗИ через 48 часов
- не рекомендована
- показана через 24 часа
- показана через 48 часов

**Учитывая поставленный диагноз, Вы проведете данной пациентке**

- физиотерапевтическое лечение
- медикаментозное лечение
- хирургическое лечение
- выжидательную тактику под контролем УЗИ

**В предоперационном периоде Вы рекомендуете пациентке следующие лабораторные исследования: клинический анализ крови и**

- посев мочи на степень бактериурии
- клинический анализ мочи
- анализ крови на группу и Rh-фактор
- биохимический анализ крови

**Методом хирургического лечения в данной клинической ситуации является**

- гистероскопия, РДВ полости матки и цервикального канала
- инструментальный кюретаж полости матки
- вакуум-аспирация полости матки
- инструментальный кюретаж с установкой внутриматочной гестагенсодержащей системы

**Для подтверждения диагноза материал, полученный в результате хирургического лечения, Вы направляете на**

- цитологическое исследование
- иммуногистохимическое исследование
- гистологическое исследование
- бактериологическое исследование

**С целью профилактики осложнений хирургического лечения ранней потери беременности Вы назначите пациентке**

- комбинированные оральные контрацептивы
- нестероидные противовоспалительные препараты
- антибиотикопрофилактику
- гормональные препараты

**Данной пациентке с резус отрицательной с целью профилактики резус-сенсibilизации и резус-конфликта при последующих беременностях, Вы назначите ввести антирезус-иммуноглобулин**

- 500 мкг до проведения операции
- 200 мкг в течение 2 часов после операции
- 800 мкг в течение 48 часов после операции
- 300 мкг в течение 72 часов после операции

**Для исключения возможных осложнений после хирургического лечения неполного самопроизвольного выкидыша Вы проведете пациентке**

- клинические анализы крови и мочи
- рентген грудной клетки

- посев отделяемого из цервикального канала
- УЗИ органов малого таза

### **Для контрацепции Вы рекомендуете пациентке после выписки из стационара**

- клинические анализы крови и мочи
- рентген грудной клетки
- посев отделяемого из цервикального канала
- УЗИ органов малого таза

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

07.11 настоящего года в 11.00 в отделение патологии беременности родильного дома госпитализирована беременная 38 лет. Срок беременности 30-31 неделя.

### **Жалобы**

\* На тянущие боли внизу живота в течение 2 дней, появившиеся после стресса, слизистые выделения из половых путей.

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность не отягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, ОРЗ. Хронический пиелонефрит. Пародонтит
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.
- \* Вредные привычки – отрицает.
- \* Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки – ДЭК, конизация шейки матки 10 лет назад.
- \* Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 5 дней, регулярные.
- \* Последняя менструация – 07.04 настоящего года.
- \* Беременностей - 7: 1 беременность – медицинский аборт до 12 нед. без осложнений, 2 беременность – токсикоз первой половины беременности - умеренная рвота, срочные роды девочка 4250-56 – без осложнени , 3 беременность – медицинский аборт до 12 нед. без осложнений, 4 беременность – неразвивающаяся беременность 7 нед. – вакуум-аспирация полости матки без осложнений, 5 беременность – срочные роды мальчик 4625-57 – кровотечение – контрольное ручное обследование стенок послеродовой матки, 6 беременность – самопроизвольный выкидыш 15 нед. – вакуум аспирация полости матки без осложнений, 7 беременность – настоящая, наступила самопроизвольно.

- \* На учете в ЖК с 6-7 нед. 1 скрининг – риск преэклампсии, хромосомной патологии и задержки роста плода – низкий
- \* Течение данной беременности: I триместр – ОРВИ без повышения температуры. II триместр – в 16 недель пищевая токсикоинфекция, в 18 недель перелом плеча в типичном месте после падения. III триместр – без осложнений
- \* Общая прибавка в весе – 10 кг.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. + Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в минуту. + Пульс 80 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70, 110/70 мм рт. ст. + Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненная. Матка при осмотре увеличена соответственно сроку беременности, овоидной формы, возбудима, безболезненная по всем отделам. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода ощущает хорошо. Сердцебиение плода 140 уд. в минуту, ритмичное, ясное. + Физиологические отправления в норме. Отеков нет. + Выделения из половых путей слизистые. Размеры таза: 27x29x33x22 Ромб Михаэлиса 11x10 см. + Индекс Соловьёва 14 + Окружность живота - 102 см. + ВДМ – 32 см. + Предполагаемый вес плода по УЗИ: 1800±100 г. Сроки беременности: по менструации 07.04 этого года – 30 недель 4 дня, предполагаемая дата родов– 14.01 будущего года Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище развиты правильно. Шейка матки осмотрена в зеркалах – цилиндрическая, не эрозирована, рубцово-деформирована старыми разрывами. Взят мазок на флору из влагалища, бак. посев из ц/канала. Р.В.: Шейка матки отклонена кзади, длиной 2.0 см, средней плотности, цервикальный канал проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Предлежащая часть головка, высоко над входом в малый таз, подвижна. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения слизистые.

**На основании жалоб, анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 30-31 неделя. Головное предлежание**

- клинические анализы крови и мочи
- рентген грудной клетки
- посев отделяемого из цервикального канала
- УЗИ органов малого таза

## **Диагноз**

**Анамнестическими факторами риска преждевременных родов, относящимся к прошлым беременностям у данной пациентки, являются: 2 медицинских аборта, неразвивающаяся беременность, конизация шейки матки и**

- умеренная рвота беременных
- низкий паритет родов
- поздний выкидыш
- крупные размеры плода

**Факторами риска преждевременных родов, относящимся к настоящей беременности, являются возраст пациентки 38 лет, пародонтит и**

- пищевая токсикоинфекция во 2 триместре
- перенесенное ОРВИ в 1 триместре
- стрессовая ситуация в семье
- травма в 18 недель беременности

**С целью прогнозирования начала наступления преждевременных родов у данной пациентки можно провести тест на определение ПСИФР-1 (фосфорилированной формы протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста в цервикальной слизи), для определения длины шейки матки**

- пищевая токсикоинфекция во 2 триместре
- перенесенное ОРВИ в 1 триместре
- стрессовая ситуация в семье
- травма в 18 недель беременности

## **Результаты обследования**

**На данном этапе тактика ведения пациентки заключается в проведении антенатальной профилактики РДС плода и**

- назначении седативных препаратов
- назначении спазмолитиков

- диетотерапии
- токолиза

**Данной пациентке для проведения токолитической терапии можно назначить селективный  $\beta_2$ -адреномиметик или**

- селективный модулятор прогестероновых рецепторов
- блокатор кальциевых каналов
- низкомолекулярные гепарины
- установить акушерский писсарий

**При назначении пациентке  $\beta_2$ -адреномиметика, с учетом возможных побочных эффектов, необходимо проводить мониторинг ряда объективных показателей матери: контроль ЧСС и АД, диуреза, аускультация легких каждые 4 часа и контроль уровня + \_\_\_\_\_ + в крови каждые 4 часа**

- гемоглобина
- общего белка
- билирубина
- глюкозы

**Для профилактики респираторного дистресс синдрома плода необходимо назначить пациентке глюкокортикостероиды в суммарной дозе (мг)**

- 24
- 36
- 18
- 48

**В сроке беременности 32 недели пациентка в удовлетворительном состоянии и с прогрессирующей беременностью выписана домой под наблюдение врача ЖК, ей рекомендовано: проводить УЗИ и + \_\_\_\_\_ + в динамике**

- КТГ
- прием антибактериальных препаратов
- контроль уровня прогестерона в крови
- прием седативных препаратов

**С точки зрения доказательной медицины методом профилактики преждевременных родов считается**

- отказ от использования внутриматочного контрацептива
- ограничение повторных внутриматочных манипуляций

- назначение белково- энергетических пищевых добавок
- дополнительный прием антиоксидантов (витамины \_С\_ и \_Е\_)

**Вторичная профилактика преждевременных родов включает назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10-25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе и**

- прием магния сульфата до 38 недель беременности
- занятия плаванием не менее 2-х раз в неделю
- внедрение антитабачных программ среди беременных
- занятия лечебной гимнастикой в группах для беременных

**К общим акушерским противопоказаниям к проведению токолиза относятся: хориоамнионит, отслойка плаценты, антенатальная гибель плода и**

- прием магния сульфата до 38 недель беременности
- занятия плаванием не менее 2-х раз в неделю
- внедрение антитабачных программ среди беременных
- занятия лечебной гимнастикой в группах для беременных

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

03.10.настоящего года в 8.00 утра в приемное отделение родильного дома самотеком обратилась беременная 35 лет. Срок беременности 39-40 недель.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота регулярного характера с 07:00.

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность не отягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: в/оспа, ОРВИ, хронический гайморит, хронический тонзиллит
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.
- \* Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4 дня, регулярные.
- \* Гинекологический анамнез: разрыв кисты желтого тела правого яичника, лапароскопия, энуклеация кисты яичника - 4 года назад
- \* Последняя менструация – 27.12 прошлого года
- \* Беременностей - 5: 1 беременность – преждевременные роды (34 недели), вес плода 2100 – без осложнений, 2 беременность – неразвивающаяся – без

осложнений, 3 беременность своевременные самопроизвольные роды четыре года назад вес плода 2820 – без осложнений, 4-я -своевременные самопроизвольные роды два года назад вес плода 3000 – без осложнений, 5-я беременность – настоящая, наступила самопроизвольно

\* Течение данной беременности: I триместр – угроза прерывания беременности - принимала дюфастон до 16 недель беременности, II триместр – обострение хронического тонзиллита в 28 нед. – принимала антибактериальную терапию, III триместр – отеки голеней и стоп с 34 недель беременности. По данным последнего УЗИ в 36 недель умеренное маловодие.

\* Общая прибавка в весе – 22 кг.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. +  
Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. +  
Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в минуту. +  
Пульс 80 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70, 110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Физиологические отправления в норме. Отеки голеней и стоп. Выделений из половых путей нет. +  
Размеры таза: 25x27x31x20 см. Ромб Михаэлиса 11x10 см. Индекс Соловьёва - 15. +  
Окружность живота - 95 см. +  
ВДМ – 36 см. +  
Предполагаемый вес плода: по УЗИ 3400 ±150 гр. +  
Срок беременности: 39-40 недель по менструации. +  
08 часов 15 минут: Схватки через 4 мин по 45 секунд, болезненные, матка вне схватки расслабляется, б/болезненная во всех отделах. Шевеление плода ощущает хорошо. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140-146 уд в минуту, ритмичное, ясное, выслушивается слева выше пупка. Околоплодные воды не изливались. +  
Влагалищное исследование: Наружные половые органы и влагалище развиты правильно. Взяты мазки. Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые.

**На основании жалоб, анамнеза и данных наружного и внутреннего осмотров предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39-40 недель. Тазовое предлежание**

- прием магния сульфата до 38 недель беременности
- занятия плаванием не менее 2-х раз в неделю
- внедрение антитабачных программ среди беременных
- занятия лечебной гимнастикой в группах для беременных

## **Диагноз**

### **Вероятными причинами формирования тазового предлежания плода у данной пациентки явились: маловодие и**

- прибавка в весе более 10 кг
- очаги хронической инфекции
- угроза прерывания до 16 недель
- высокий паритет родов

### **Признаком тазового предлежания, выявленным при наружном акушерском обследовании, у данной пациентки является**

- отрицательный симптом поколачивания
- окружность живота на уровне пупка 95 см
- сердцебиение плода выше пупка
- высота стояния дна матки 36 см

### **Данной пациентке при поступлении в стационар необходимо выполнить**

- отрицательный симптом поколачивания
- окружность живота на уровне пупка 95 см
- сердцебиение плода выше пупка
- высота стояния дна матки 36 см

## **Результаты обследования**

**Целью УЗИ при поступлении данной пациентки в стационар является оценка положения и веса плода, расположения ножек, исключение разгибания головки, обвития пуповины вокруг шеи плода, локализацию плаценты, а также определение**

- отрицательный симптом поколачивания
- окружность живота на уровне пупка 95 см
- сердцебиение плода выше пупка
- высота стояния дна матки 36 см

## **Результаты обследования**

**Дальнейшее ведение первого периода родов у данной пациентки включает максимальное сохранение плодного пузыря, наблюдение за родовой деятельностью, скоростью раскрытия шейки матки и**

- проведение доплерометрии 1 раз в час
- однократное проведение доплерометрии
- постоянное монитирование состояния плода
- ведение активной фазы родов лежа на боку

**Удовлетворительным прогрессом I периода родов у данной пациентки можно считать**

- схватки продолжительностью 10-15 сек через 20-25 мин
- раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см в 3 часа
- раскрытие шейки матки в среднем не менее 1см в 2 часа
- раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см в 1 час

**II период нормальных родов при чисто ягодичном предлежании у данной пациентки предполагает активное участие роженицы, оказание акушерского пособия и**

- схватки продолжительностью 10-15 сек через 20-25 мин
- раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см в 3 часа
- раскрытие шейки матки в среднем не менее 1см в 2 часа
- раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см в 1 час

**Согласно данным осмотра необходимо предположить диагноз: Беременность 39-40 нед. Чисто ягодичное предлежание. 1 период родов**

- первичная слабость родовой деятельности
- дискоординированная родовая деятельность
- клиническое несоответствие размеров таза и плода
- вторичная слабость родовой деятельности

**В 13.30 пациентке произведена амниотомия, схватки каждые 5-6 минут по 35 секунд, при повторном осмотре в 16.00 положительной динамики не отмечено (открытие шейки матки 4 см). В связи с чем принято решение**

- начать вагинальное введение простагландина
- назначит обезболивание и медикаментозный сон

- начать в/введение токолитиков
- родоразрешить абдоминально

**Условия для родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании включают: отсутствие рубца на матке, нормальные размеры таза, отсутствие гипоксии плода и**

- плод мужского пола с предполагаемой массой не  $\geq 2000$  г
- отказ беременной от оперативного родоразрешения
- предполагаемую массу плода не  $\leq 2500$  и не  $\geq 3800$  г
- плод женского пола с предполагаемой массой не  $\geq 3000$  г

**При тазовом предлежании возможно проведение наружного акушерского поворота, необходимыми условиями для проведения которого являются: срок гестации не менее 36 недель, адекватное количество околоплодной жидкости и**

- плод мужского пола с предполагаемой массой не  $\geq 2000$  г
- отказ беременной от оперативного родоразрешения
- предполагаемую массу плода не  $\leq 2500$  и не  $\geq 3800$  г
- плод женского пола с предполагаемой массой не  $\geq 3000$  г

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Вы врач родильного блока. У вас под наблюдением в раннем послеродовом периоде роженица 24 лет.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

20 минут назад произошли 4-е своевременные самопроизвольные роды живым доношенным плодом 4300 гр., 52 см, без видимых травм и пороков развития. Закричал сразу. Крик громкий. Роженице произведена катетеризация мочевого пузыря, получено 150 мл светлой мочи. С целью профилактики кровотечения введено Sol. Oxytocini 10 ЕД{plus} 20 мл физиологического раствора, со скоростью 10 мл. в час.

Через 15 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Дольки плаценты все, оболочки целы. Разрывов мягких тканей родовых путей и шейки матки при осмотре в зеркалах не выявлено. Общая кровопотеря 300 мл.

Через 20 минут после родов при очередном наружном массаже матки выделилось еще 300 мл жидкой крови со сгустками, кровотечение продолжается. Матка расслабляется, дно на уровне пупка. Катетеризация мочевого пузыря (катетером Фолея), выделено 100 мл светлой мочи. Общая кровопотеря достигла 600 мл и продолжается.

#### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность неотягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- \* Оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве.

#### **Менструальная функция**

Менструации с 10 лет, установились сразу по 5-6 дней, через 30 дней, умеренные, б/болезненные.

#### **Генеративная функция**

Беременностей - 5: роды - 3, 1-е роды в 17 лет в сроке 38 недель, бихориальная, биамниотическая двойня, без осложнений, 2-е своевременные роды в 19 лет без осложнений, 3-и в 21 год своевременные роды, без осложнений, 4-я беременность завершилась абортom в сроке 12 недель осложнилась острым эндометритом (повторное выскабливание полости матки. Антибактериальная терапия), 5-я настоящая (4-е роды)

#### **Гинекологический анамнез**

Со слов - эктопия шейки матки, не лечилась.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Температура тела 36,9°C. Рост 170 см. Вес 90 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 92 удара в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Матка мягкая, дно матки пальпируется выше пупка, матка на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей – жидкая кровь со сгустками.

**Оценив общую кровопотерю и тонус матки после наружного массажа, можно поставить диагноз: Ранний послеродовый период и**

- плод мужского пола с предполагаемой массой не  $\geq 2000$  г
- отказ беременной от оперативного родоразрешения
- предполагаемую массу плода не  $\leq 2500$  и не  $\geq 3800$  г
- плод женского пола с предполагаемой массой не  $\geq 3000$  г

## Диагноз

**У пациентки кровопотеря 650 мл. Кровотечение продолжается. Степень тяжести кровотечения можно оценить как**

- II
- IV
- I
- III

**Анализируя данные анамнеза пациентки, у нее обнаружены такие факторы риска возникновения послеродового кровотечения, как крупный плод и**

- раннее менархе
- эктопия шейки матки
- ручное обследование матки после 1 родов
- четвертые роды

**Ответственный дежурный врач организует мероприятия согласно алгоритму действия при послеродовом кровотечении 1 степени. Наряду с вызовом второго акушера-гинеколога, анестезиолога, трансфузиолога, мед. сестры и лаборанта,**

- организует информирование родственников или законных представителей пациентки
- информирует дежурного администратора и консультанта-гематолога
- назначает члена дежурной бригады для записи событий, лечебных мероприятий и показателей жизненно важных функций
- организует видеозапись происходящих событий после получения информированного согласия от пациентки

**С целью мониторинга за жизненно важными функциями пациентки врач организует подготовительные манипуляции: катетеризацию мочевого пузыря, обеспечили пациентку маской, организовали мониторинг АД, пульса, диуреза, дыхания, сатурации кислорода, и**

- провели рентгенографию грудной клетки
- провели УЗИ органов брюшной полости
- катетеризацию 2-х периферических вен
- обеспечили искусственную вентиляцию легких

**Кроме клинического анализа крови и гемостазиограммы, врач назначает пациентке следующие лабораторные исследования: определение**

- уровня печеночных ферментов
- уровня глюкозы в крови
- уровня сывороточного железа в крови
- группы крови и резус фактора

**После получения информирования согласия от данной пациента на начальном этапе остановки гипотонического маточного кровотечения врачу необходимо провести наружно-внутренний массаж матки и**

- инструментальное обследование послеродовой матки (кюретаж)
- наружную компрессию матки после катетеризации мочевого пузыря
- ручное исследование послеродовой матки и удаление остатков плацентарной ткани или сгустков
- прикладывание льда на низ живота после выведения мочи катетером

**Параллельно на 1 этапе остановки гипотонического маточного кровотечения врач применяет у данной пациентки лекарственные средства для лечения атонии и**

- антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия
- коррекции нарушений параметров гемостаза
- антибактериальную терапию антибиотиками цефалоспоринового ряда
- иммуномодулирующую и гепатопротективную терапию

**Врач полностью выполнил мероприятия 1 этапа остановки кровотечения. Кровотечение продолжается, и врач принимает решение перейти к**

- инструментальному обследованию полости матки для удаления сгустком
- управляемой баллонной тампонаде матки
- вакуум-аспирации полости матки для удаления сгустков
- повторному ручному исследованию послеродовой матки и удалению сгустков

**У данной пациентки, при продолжающемся гипотоническом кровотечении, врач определяет объем инфузионно-трансфузионной терапии исходя из массы тела пациентки и**

- массы тела плода
- величины кровопотери
- объема диуреза
- веса плаценты

**Если у данной пациентки кровотечение не останавливается, врач определяет объем хирургического лечения как**

- лапаротомия, гистерэктомия с маточными трубами
- лапаротомия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия, гистерэктомия с маточными трубами

**Кровотечение остановлено. Общая кровопотеря составила 2500 мл. Анемия средней степени тяжести. После стабилизации состояния врач выпишет пациентку под наблюдение врача женской консультации с рекомендацией**

- лапаротомия, гистерэктомия с маточными трубами
- лапаротомия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия, гистерэктомия с маточными трубами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

10 октября настоящего года в 15 часов 40 минут в приемное отделение родильного стационара самотеком обратилась беременная женщина 26 лет.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота регулярного характера по 20-25 сек. через 6-7 мин в течение последних 3-х часов.

### **Анамнез заболевания**

Менструация с 13 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней по 5 дней. Умеренные. Безболезненные. Последняя менструация 10 января настоящего года. Данная беременность 1-ая, наступила самопроизвольно. + Состоит на учете в районной женской консультации со срока беременности 9 недель.

\* Первый триместр протекал без осложнений. Пренатальный скрининг I триместра прошла 10 апреля настоящего года в сроке беременности 13 недель и 1 день - без особенностей.

\* Во втором триместре беременности диагностирована анемия легкой степени в связи с чем принимала препараты железа с положительным эффектом. По результатам пренатального скрининга II триместра патологии не выявлено.

\* III триместр протекал без особенностей. Общая прибавка в весе составила 11 кг.

По данным обменной карты группа крови А (II) резус фактор положительный. RW, ВИЧ, Гепатиты – отрицательные.

### **Анамнез жизни**

- \* в детстве ветряная оспа;
- \* редкие ОРЗ;
- \* острый бронхит в 4 года, стационарное лечение, без рецидивов;
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает;
- \* наследственность не отягощена.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы бледной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей нет.

### **Необходимыми мероприятиями для постановки диагноза являются**

- лапаротомия, гистерэктомия с маточными трубами
- лапаротомия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия, гистерэктомия с маточными трубами

### **Результаты обследования**

### **Необходимыми клинико-лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются**

- лапаротомия, гистерэктомия с маточными трубами
- лапаротомия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия, гистерэктомия с маточными трубами

### **Результаты обследования**

**На основании полученных результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39 недель.**

**+ \_\_\_\_\_ + плода. 1-й период родов**

- лапаротомия, гистерэктомия с маточными трубами
- лапаротомия с наложением швов на матку по Б-Линчу

- лапароскопия с наложением швов на матку по Б-Линчу
- лапароскопия, гистерэктомия с маточными трубами

## **Диагноз**

**В 16:10 пациентка переведена из приемного покоя в родильный блок. Самочувствие удовлетворительное. Жалоб нет. АД 120/70 на обеих руках, ЧСС 68 ударов в минуту. Вы продолжите измерение пульса роженицы каждые + \_\_\_\_ + минут**

- 60
- 30
- 45
- 15

**Частота измерения сердцебиения плода в у данной пациентки в условиях родильного блока составляет каждые + \_\_\_\_ + минут**

- 35-45
- 10-12
- 15-30
- 40-60

**Для оценки динамики раскрытия маточного зева вами производится вагинальный осмотр**

- 35-45
- 10-12
- 15-30
- 40-60

## **Необходимо**

- произвести амниотомию для оценки вод
- начать введение 5 единиц раствора окситоцина
- продолжить динамическое наблюдение
- обезболить методом эпидуральной анальгезии

**В 22:30 пациентка жалуется на излитие вод. Общее состояние удовлетворительное. АД 105/60 мм рт. ст. Сердцебиение плода ясное ритмичное 135-160 ударов в мин. Подтекают светлые околоплодные воды. Вы должны**

- продолжить динамическое наблюдение
- вызвать анестезиолога и неонатолога
- произвести влагалищное исследование
- выполнить экстренное кесарево сечение

**11 октября настоящего года в 02:00 пациентка пожаловалась на потуги. Вы произвели влагалищное исследование. Открытие маточного зева полное, что является характерным для + \_\_\_\_\_ + периода родов**

- латентной фазы первого
- второго
- активной фазы первого
- третьего

**В конце 2-го периода родов в профилактических целях Вы назначите роженице раствор**

- дротаверина
- папаверина
- магния сульфата
- окситоцина

**Во втором периоде головка плода находится в одной плоскости у первородящих в среднем + \_\_\_\_\_ + минут**

- 20-25
- 30-40
- 50-60
- 10-20

**Произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания. При отсутствии признаков отделения плаценты через + \_\_\_\_\_ + минут после рождения плода Вы произведете ручное отделение плаценты и выделение последа**

- 20-25
- 30-40
- 50-60
- 10-20

**Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Роженица 31 года доставлена машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение родильного стационара в 10:15 10 января настоящего года.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота регулярного характера по 20-25 сек. через каждые 6-7 мин в течение 3 часов.

### **Анамнез заболевания**

Течение настоящей беременности: беременность протекала в первом триместре с явлениями токсикоза. Встала на учет в женскую консультацию с 11 недель беременности. Пренатальный скрининг I триместра без особенностей. Во втором триместре ОРЗ в 16 недель беременности без повышения температуры тела. Пренатальный скрининг II триместра без особенностей. + III триместр протекал без особенностей. Общая прибавка в весе составила 13 кг. +

По данным обменной карты: группа крови 0 (I) резус фактор положительный. RW, ВИЧ, гепатиты отрицательно на сроке беременности 30 недель.

### **Анамнез жизни**

- \* в детстве ветряная оспа;
- \* редкие ОРЗ;
- \* перелом левого предплечья в 5 лет;
- \* миопия средней степени (-4,0 Д);
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает;
- \* у матери сахарный диабет 2-го типа.

Менструальная функция: менструация с 14 лет, установились сразу, не регулярные, через 28-45 дней по 5 дней. Умеренные. Безболезненные.

Последняя менструация 17 марта предыдущего года.

Детородная функция:

\* I беременность 2 года назад - самопроизвольный выкидыш на малом сроке беременности, без особенностей.

\* 2 беременность – настоящая, наступила самостоятельно +

Гинекологические заболевания: отрицает

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 169 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей нет.

**Необходимыми мероприятиями для постановки диагноза являются**

- 20-25
- 30-40
- 50-60
- 10-20

**Результаты обследования**

**В приемном покое вы назначите**

- 20-25
- 30-40
- 50-60
- 10-20

**Результаты обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 38 недель. Головное предлежание плода. + \_\_\_\_\_ + родов. Миопия средней степени**

- 20-25
- 30-40
- 50-60
- 10-20

**Диагноз**

**В 12:00 пациентка переведена в родильный блок. Частота измерения пульса роженицы составляет каждые + \_\_\_\_ + мин**

- 30
- 10
- 20
- 40

**14:00 появились жалобы на излитие околоплодных вод. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см,**

**подтекают мекониальные околоплодные воды. В данной клинической ситуации Вы проводите оценку сердцебиения плода с помощью**

- интервального КТГ
- доптона каждые 5-10 мин
- непрерывного КТГ
- доптона каждые 15-30 мин

**В 15:00 по данным КТГ базальный ритм в пределах 130-150 уд./мин, variability базального ритма 5-25 уд./мин, на протяжении 30 минут записи определяются 5 акцелераций, децелерации отсутствуют. Данный тип КТГ является**

- сомнительным
- нормальным
- сочетанным
- патологическим

**Для инфузионной терапии вами назначается**

- папаверин
- раствор магния сульфата
- физиологический раствор
- окситоцин

**20:00. Пациентка стала отмечать жалобы на потуги. Открытие маточного зева полное. Данное открытие характерно для + \_\_\_\_\_ + периода родов**

- первого, латентной фазы
- второго
- первого, активной фазы
- третьего

**Во втором периоде родов вы должны**

- выполнить рутинную эпизио- или перинеотомию
- оценивать сердцебиение плода по кардиомонитору
- форсировать рождение ребенка за одну потугу
- назначать утеротоники для укорочения 2 периода

**Произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания. Кровотечения нет. Ваше возможное время ожидания отделения плаценты составляет + \_\_\_ + минут**

- 30
- 25
- 20
- 15

**Для отделения плаценты характерно**

- изменение формы и высоты стояния дна матки
- укорочение наружного отрезка пуповины
- втягивание пуповины обратно при схватке
- появление обильных кровянистых выделений

**После осмотра мягких родовых путей выявлен разрыв промежности I степени. Для данного разрыва характерно повреждение кожи промежности и**

- изменение формы и высоты стояния дна матки
- укорочение наружного отрезка пуповины
- втягивание пуповины обратно при схватке
- появление обильных кровянистых выделений

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 35 лет доставлена машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение в 11:55.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота не регулярного характера.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность протекала в первом триместре с угрозой прерывания беременности, по поводу чего находилась на стационарном лечении. Встала на учет в женскую консультацию с 9 недель беременности. Пренатальный скрининг I триместра без особенностей. Второй триместр беременности протекал с явлениями угрозы прерывания, по поводу чего находилась на стационарном лечении. Пренатальный скрининг II триместра без особенностей.

+

III триместр ОРЗ без повышения Т. По данным обменной карты группа крови АВ (IV) резус фактор положительный. RW, ВИЧ, Гепатиты отрицательно. Общая прибавка в весе составила 22 кг.

#### **Анамнез жизни**

- \* в детстве ветряная оспа;
- \* ангина;
- \* хронический цистит, последнее обострение 2 года назад;
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает;

Менструация с 14 лет, установились сразу, регулярные, через 28-45 дней по 5 дней. Умеренные. Безболезненные.

\* I беременность 3 года назад, самопроизвольный выкидыш на малом сроке беременности, без особенностей.

\* Данная беременность 2-ая, наступила самопроизвольно.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Выделений из половых путей нет.

#### **Необходимыми мероприятиями для постановки диагноза являются**

- изменение формы и высоты стояния дна матки
- укорочение наружного отрезка пуповины
- втягивание пуповины обратно при схватке
- появление обильных кровянистых выделений

#### **Результаты обследования**

#### **Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является**

- изменение формы и высоты стояния дна матки
- укорочение наружного отрезка пуповины
- втягивание пуповины обратно при схватке
- появление обильных кровянистых выделений

#### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимым функциональным методом обследования для постановки диагноза является**

- изменение формы и высоты стояния дна матки
- укорочение наружного отрезка пуповины
- втягивание пуповины обратно при схватке
- появление обильных кровянистых выделений

**Результаты обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39 недель. Головное предлежание плода. Анемия беременных легкой степени. + \_\_\_\_\_ + родов**

- изменение формы и высоты стояния дна матки
- укорочение наружного отрезка пуповины
- втягивание пуповины обратно при схватке
- появление обильных кровянистых выделений

**Диагноз**

**Пациентка была переведена родильный блок для динамического наблюдения. В 15:00 началась регулярная родовая деятельность. Дневники в истории родов вами будут оформляться каждые + \_\_\_\_ + часа(ов)**

- 2
- 6
- 7
- 4

**18:00. Появились жалобы на излитие околоплодных вод. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см, подтекают мекониальные околоплодные воды. В данной клинической ситуации Вы проводите оценку сердцебиения плода с помощью**

- интервального КТГ
- доптона каждые 10-15 мин
- непрерывного КТГ
- доптона каждые 16-25 мин

**По данным КТГ базальный ритм в пределах 130-150 уд./мин, вариабельности базального ритма 5-25 уд./мин, на протяжении 30 минут записи определяются 5 акцелераций, децелерации отсутствуют. Данный тип КТГ является**

- не информативным
- сомнительным
- нормальным
- патологическим

**Для профилактики кровотечения в конце 2-го периода родов вы выберите**

- раствор окситоцина
- резонатив
- транексам
- раствор папаверина

**Вы выставляете 2-й период родов в связи с**

- открытием маточного зева 7-8 см
- выраженной брадикардией по КТГ
- полным открытием маточного зева
- выраженной тахикардией по КТГ

**В родах не рекомендуется проводить**

- рутинную эпизиотомию
- осмотр новорожденного неонатологом
- оценку сердцебиения плода по КТГ
- профилактику кровотечения окситоцином

**Произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания. Для оценки отделения плаценты вы должны обратить внимание на**

- появление жидкой крови со сгустками
- втягивание пуповины обратно при осмотре
- удлинение наружного отрезка пуповины
- укорочение наружного отрезка пуповины

**Признаков отделения плаценты нет. Ручное отделение плаценты необходимо произвести через + \_\_\_\_ + мин**

- появление жидкой крови со сгустками
- втягивание пуповины обратно при осмотре
- удлинение наружного отрезка пуповины
- укорочение наружного отрезка пуповины

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Роженица 29 лет доставлена каретой скорой помощи в приемное отделение в 23:00 10 марта настоящего года.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота регулярного характера по 30-35 сек через каждые 5-6 минут в течение 1 часа.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность протекала в первом триместре без особенностей. Встала на учет в женскую консультацию с 8 недель беременности. Пренатальный скрининг I триместра без особенностей. Во втором триместре беременности острый ринит без температуры. Пренатальный скрининг II триместра без особенностей. III триместр: анемия легкой степени (принимала препараты железа). Общая прибавка в весе составила 12 кг. По данным обменной карты группа крови O (I) резус фактор положительный.

### **Анамнез жизни**

- \* в детстве ветряная оспа;
- \* редкие ОРЗ, грипп, ангина;
- \* хронический цистит, ремиссия;
- \* перелом левой голени в 8 лет;
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает;
- \* наследственность неотягощена.

Менструация с 15 лет, установились сразу, регулярные, через 27 дней по 7 дней. Умеренные. Безболезненные.

- \* 1 беременность 2009 году – своевременные самопроизвольные роды, родился живой доношенный мальчик, вес 3630 г, рост 52 см.
- \* 2 беременность 2016 году – своевременные самопроизвольные роды, родился живой доношенный мальчик, вес 3420 г, рост 49 см.
- \* 3 беременность - данная, наступила самопроизвольно.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы

физиологической окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей сроку доношенной беременности.

#### **Необходимыми мероприятиями для постановки диагноза являются**

- появление жидкой крови со сгустками
- втягивание пуповины обратно при осмотре
- удлинение наружного отрезка пуповины
- укорочение наружного отрезка пуповины

#### **Результаты обследования**

#### **Необходимыми клинико-лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются**

- появление жидкой крови со сгустками
- втягивание пуповины обратно при осмотре
- удлинение наружного отрезка пуповины
- укорочение наружного отрезка пуповины

#### **Результаты обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 40 недель. Головное предлежание. + \_\_\_\_\_ + родов**

- появление жидкой крови со сгустками
- втягивание пуповины обратно при осмотре
- удлинение наружного отрезка пуповины
- укорочение наружного отрезка пуповины

#### **Диагноз**

**В 00:10 11 марта настоящего года пациентка переведена из приемного покоя в родильный блок. Частота измерения пульса роженицы составляет каждые + \_\_\_\_ + минут**

- 30
- 60
- 20

- 40

**Измерение сердцебиения плода у данной пациентки в первом периоде родов вами будет производиться каждые + \_\_\_\_\_ + минут**

- 05-10
- 70-80
- 45-65
- 15-30

**01:00 Схватки по 30-35 сек через 3-4 мин. По данным КТГ состояние плода удовлетворительное. Чтобы продолжить роды через естественные родовые пути, частота сердцебиения плода должна находиться в пределах + \_\_\_\_\_ + ударов в минуту**

- 170-200
- 200-240
- 120-160
- 100-110

**При нормальном типе КТГ количество спорадических акселераций за 30 мин составляет**

- более четырех
- три и менее
- менее четырех
- два и менее

**Для инфузионной терапии вами будет использоваться**

- хлорид натрия
- окситоцин
- папаверин
- хлорид магния

**Пациентка стала отмечать жалобы на потуги. Открытие маточного зева полное. Данное открытие характерно для + \_\_\_\_\_ + периода родов**

- второго
- конца первого
- третьего
- начала первого

**При влагалищном исследовании обнаружено, что стреловидный шов в левом косом размере, а задний родничок ниже переднего. Данное вставление описывается как**

- вторая позиция, задний вид
- первая позиция, передний вид
- первая позиция, задний вид
- вторая позиция, передний вид

**Произошли 3-и своевременные самопроизвольные роды в заднем виде затылочного предлежания. Время вашего ожидания отделения плаценты составляет + \_\_\_\_ + мин**

- 10
- 20
- 30
- 15

**При нормальном типе КТГ количество глубоких децелераций за 30 мин составляет**

- 10
- 20
- 30
- 15

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемной покой акушерского стационара в 04:50 10 июня настоящего года бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная 33 лет.

### **Жалобы**

На схваткообразные боли внизу живота регулярного характера, по 35-40 сек, через каждые 3-4 минуты, в течение 5 часов.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность протекала в первом триместре без с явлениями токсикоза. Встала на учет в женскую консультацию с 11 недель беременности. Пренатальный скрининг I триместра без особенностей. Во втором триместре беременности ОРЗ в 16 недель беременности без повышения Т. Пренатальный

скрининг II триместра без особенностей. III триместр протекал также без особенностей. Общая прибавка в весе составила 13 кг. По данным обменной карты группа крови 0 (I) резус фактор положительный. RW, ВИЧ, Гепатиты отрицательно на сроке беременности 38 недель.

#### **Анамнез жизни**

- \* редкие ОРЗ;
- \* миопия средней степени (-3,75 Д)
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает;
- \* у матери сахарный диабет 2-го типа
- \* Менструации с 12 лет, установились сразу, не регулярные, через 28-40 дней по 5 дней. Умеренные. Безболезненные.
- \* I беременность 2 года назад, самопроизвольный выкидыш на малом сроке беременности, без особенностей. Данная беременность 2-ая, наступила самопроизвольно.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствующий доношенной беременности.

#### **Необходимыми диагностическими мероприятиями для постановки диагноза являются**

- 10
- 20
- 30
- 15

#### **Результаты обследования**

#### **Для постановки диагноза необходимыми клиничко-лабораторными методами обследования являются**

- 10
- 20
- 30
- 15

#### **Результаты обследования**

На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39 недель. Головное предлежание. + \_\_\_\_\_ + период (а) родов. Миопия средней степени

- 10
- 20
- 30
- 15

**Диагноз**

В 05:00 пациентка переведена из приемного покоя в родильный блок. Контроль опорожнения мочевого пузыря проводится + \_\_\_ + раз(а) в час

- 3
- 4
- 1
- 2

Головка плода в данном периоде родов в среднем может находиться в одной плоскости + \_\_\_\_\_ + минут

- 30-40
- 20-25
- 70-90
- 10-20

По данным КТГ базальный ритм в пределах 130-150 уд./мин, variability базального ритма 5-25 уд./мин, на протяжении 30 минут записи определяются 5 акцелераций, децелерации отсутствуют. Данный тип КТГ является

- сомнительным
- патологическим
- положительным
- нормальным

**В данном периоде родов сердцебиение плода контролируется**

- в начале каждой потуги
- во время каждой потуги

- после каждой потуги
- после каждой 3-ей потуги

**Вами при влагалищном исследовании обнаружено, что стреловидный шов в левом косом размере, а задний родничок ниже переднего. В историю родов вами данное вставление запишется как**

- вторая позиция, задний вид
- первая позиция, передний вид
- первая позиция, задний вид
- вторая позиция, передний вид

**Для профилактики кровотечения в конце 2-го периоде родов вами может быть использован**

- трактоцил
- окситоцин
- гинипрал
- папаверин

**В 5:30 произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды в заднем виде затылочного предлежания. Признаков отделения плаценты нет. Ручное отделение плаценты вами будет произведено через + \_\_\_\_ + мин**

- 25
- 15
- 30
- 20

**Для отделения плаценты характерно**

- появление обильных кровянистых выделений
- укорочение наружного отрезка пуповины
- укорочение внутреннего отрезка пуповины
- удлинение отрезка пуповины после потуги

**После осмотра мягких родовых путей выявлены разрывы кожи промежности, мышцы промежности остаются неповрежденными. Данная картина характерна для разрыва промежности + \_\_\_\_\_ + степени**

- появление обильных кровянистых выделений
- укорочение наружного отрезка пуповины

- укорочение внутреннего отрезка пуповины
- удлинение отрезка пуповины после потуги

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

31 марта настоящего года на амбулаторный прием в женскую консультацию по месту жительства обратилась беременная 30 лет для постановки на учет по беременности.

### **Жалобы**

На задержку менструации на один месяц.

### **Анамнез заболевания**

Возраст менархе - 14 лет, менструации установились сразу, регулярные, через 27-30 дней по 5 дней. Умеренные. Безболезненные. Первый день последней менструации был 3 февраля настоящего года.

### **Анамнез жизни**

- \* в детстве ветряная оспа;
- \* редкие ОРЗ;
- \* хронические заболевания других органов и систем отрицает;
- \* у отца сахарный диабет 2-го типа.

### **Генеративная функция**

Половая жизнь с 20 летнего возраста, в браке, от беременности предохранялась барьерным методом (мужской презерватив). В течение последних 6 месяцев половая жизнь регулярная без контрацепции, заинтересована в беременности.

### **Гинекологические заболевания**

Отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 167 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей нет.

### **Необходимыми диагностическими мероприятиями для постановки диагноза являются**

- появление обильных кровянистых выделений

- укорочение наружного отрезка пуповины
- укорочение внутреннего отрезка пуповины
- удлинение отрезка пуповины после потуги

### **Результаты обследования**

**Необходимый спектр клинико-лабораторного обследования данной беременной при постановке на учет состоит из**

- появление обильных кровянистых выделений
- укорочение наружного отрезка пуповины
- укорочение внутреннего отрезка пуповины
- удлинение отрезка пуповины после потуги

### **Результаты обследования**

**На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность + \_\_\_ + недель**

- появление обильных кровянистых выделений
- укорочение наружного отрезка пуповины
- укорочение внутреннего отрезка пуповины
- удлинение отрезка пуповины после потуги

### **Диагноз**

**Вами будет рекомендован ультразвуковой скрининг первого триместра в + \_\_\_\_\_ + недель**

- появление обильных кровянистых выделений
- укорочение наружного отрезка пуповины
- укорочение внутреннего отрезка пуповины
- удлинение отрезка пуповины после потуги

### **Результаты обследования**

**Пациентке будет рекомендовано(а)**

- появление обильных кровянистых выделений
- укорочение наружного отрезка пуповины
- укорочение внутреннего отрезка пуповины

- удлинение отрезка пуповины после потуги

### **Пациентке рекомендовано(а)**

- госпитализация для клинико-лабораторного обследования
- продолжить плановое клинико-лабораторное обследования
- выполнение КТГ для оценки состояния плода в 22 недели
- выполнение повторного ультразвукового исследования

### **Проведение третьего УЗ исследования вами будет назначено при сроке + \_\_\_\_\_ + недель(и) беременности**

- 24-28
- 37-39
- 30-34
- 34-36

### **Проведение КТГ вы назначите выполнить в + \_\_\_\_ + недель(и)**

- 30
- 33
- 38
- 27

**Пациентка обратилась на амбулаторный прием в женской консультации по месту жительства в 33 недели с результатом КТГ: базальный ритм в пределах 130-150 уд./мин, вариабельности базального ритма 5-25 уд./мин, на протяжении 30 минут записи определяются 5 акцелераций, децелерации отсутствуют. Данный тип КТГ Вами оценен как**

- монотонный
- нормальный
- сомнительный
- патологический

**4 ноября настоящего года в сроке беременности 39 недель пациентка поступает самотеком в акушерский стационар в I периоде родов. В родах не рекомендуется**

- проводить кариомониторный контроль
- проверять наличие пуповины на шеи
- передать новорожденного неонатологу

- проводить рутинную эпизиотомию

**Произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания. Прошло 7 минут. Признаков отделения плаценты нет. Ручное отделение плаценты, при отсутствии признаков отделения плаценты необходимо произвести через + \_\_\_\_\_ + минут**

- 20
- 25
- 30
- 15

**Отделение плаценты характеризуется**

- 20
- 25
- 30
- 15

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Беременная 25 лет, находится в акушерском стационаре второго уровня в отделении патологии беременности. Поступила в стационар 3 дня назад (10 марта настоящего года) с жалобами на тянущие боли внизу живота не регулярного характера. В 02:50 13 марта настоящего года вызвала дежурного врача акушера-гинеколога.

### **Жалобы**

Жалобы на тянущие боли внизу живота регулярного характера на протяжении 1,5 часов. Схватки по 20 – 25 сек., через 8 минут, умеренной болезненности.

### **Анамнез заболевания**

Данная беременность первая, наступила самопроизвольно. Беременность протекала без осложнений, на сроке 35-36 недель – отеки беременных.

### **Анамнез жизни**

- \* Перенесенные заболевания: детские инфекции отрицает. Хронический бронхит, хронический ларинготрахеит.
- \* Семейный анамнез: не отягощён
- \* Гемотрансфузионный анамнез: гемо-плазмотрансфузии отрицает.
- \* Аллергоанамнез: не отягощён

- \* Перенесенные операции: нет
- \* Эпидемиологический анамнез: в течение 21 дня в контакте с инфекционными больными не состояла. Сведений о прививках на руках нет.
- \* Вредные привычки отрицает.
- \* Гинекологические анамнез: менструации с 14 лет, установились сразу. Регулярные, через 28 дней по 6 дней. Умеренные. Безболезненные
- \* Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно. Срок беременности:
- \* по последней менструации: 37 недель 4 дня
- \* по УЗИ 1 в 11 нед. 38 недель 4 дня
- \* по УЗИ 3 в 30 нед. 37 недель 4 дня

### **Объективный статус**

Жалобы на схватки в течении 1,5 часов. +  
 Общее состояние удовлетворительное. +  
 Голова не болит. Зрение ясное. +  
 PS 85 уд/мин, ритмичный АД 125/80 130/85 мм рт. ст. +  
 Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. +  
 Схватки по 20-25 сек, через 7-8 мин, умеренной силы, умеренно болезненные. +  
 Матка между схватками расслабляется полностью, безболезненная, с ровными четкими контурами. +  
 Положение плода продольное. +  
 Предлежит головка плода - прижата ко входу в малый таз. +  
 Сердцебиение плода ясное, ритмичное 128-136 уд/мин. +  
 Околоплодные воды не подтекают. +  
 Отеки нижних конечностей. +  
 Мочилась. +  
 Влагалищное исследование: +  
 Шейка матки по проводной оси таза, укорочена до 0,5 см, мягкой консистенции. +  
 Цервикальный канал свободно проходим для 2 п/пальцев. +  
 Плодный пузырь цел. +  
 Предлежит головка плода, на 1 см выше уровня седалищных костей +  
 Мыс не достигим. +  
 Экзостозов в малом тазу нет.

### **Срок беременности вами будет определен на основании**

- 20
- 25
- 30

- 15

## **Результаты обследования**

**Степень зрелости шейки матки по шкале Бишопа вами оценена в + \_\_\_\_ + баллов**

- 9
- 5
- 7
- 6

**На основании результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является + \_\_\_\_\_ + родов**

- 9
- 5
- 7
- 6

## **Диагноз**

**04:00 Пациентка переведена из отделения патологии беременности в родильный блок. Оценка состояния плода в родах в данном случае вами будет проводится при помощи**

- оценки уровня Ph крови плода
- периодического КТГ контроля
- оценки пробы скальп-лактата
- ультразвукового обследования

**Выслушивание сердцебиения плода в данном периоде родов проводится**

- не будет в связи с физиологическим течением родов
- каждые 15-30 мин в течение одной минуты после окончания схватки
- каждые 2 часа в течении 15-30 минут с применением кардиомонитора
- непрерывно под кардиомониторным контролем

**Ведение вами партограммы осуществляется с регистрацией**

- не будет в связи с физиологическим течением родов
- каждые 15-30 мин в течение одной минуты после окончания схватки

- каждые 2 часа в течении 15-30 минут с применением кардиомонитора
- непрерывно под кардиомониторным контролем

### **Данное вставление вами оценено как**

- вторая позиция, задний вид
- первая позиция, передний вид
- первая позиция, задний вид
- вторая позиция, передний вид

**10:00 Пациентка стала жаловаться на потуги. Длительность 2-го периода родов в среднем не должна превышать + \_\_\_ + час(а)**

- вторая позиция, задний вид
- первая позиция, передний вид
- первая позиция, задний вид
- вторая позиция, передний вид

### **Дополнительная информация**

0:45 произошли 1-е своевременные самопроизвольные роды в переднем виде затылочного предлежания. Родилась живая доношенная девочка массой 3250 гр, длиной 51 см. Оценка состояния по шкале Апгар 8/9 баллов.

**В случае нормального течения раннего послеродового периода пациентка будет переведена вами в послеродовое отделение через + \_\_\_ + час(а)**

- 4
- 1
- 3
- 2

**На 3 сутки послеродовой период протекает нормально. Высота дна матки на 3 сутки после родов должна быть на**

- уровне пупка, либо выше на 2 см
- 3 поперечных пальца ниже пупка
- 1 поперечный палец ниже пупка
- 1 поперечный палец выше лобка

**При расположении головки в узкой части полости малого таза, на КТГ во время потуги могут наблюдаться**

- поздние децелерации до 80 уд./мин

- ранние децелерации до 80 уд./мин
- глубокие длительные децелерации
- глубокие длительные акцелерации

**При нормальном типе КТГ количество глубоких децелераций за 30 мин составляет**

- поздние децелерации до 80 уд./мин
- ранние децелерации до 80 уд./мин
- глубокие длительные децелерации
- глубокие длительные акцелерации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 35 лет.

### **Жалобы**

На обильные выделения из половых путей с неприятным «рыбным» запахом.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы продолжаются в течение месяца.

Самостоятельно делала влагалищные спринцевания с настоем ромашки, без эффекта. Обратилась к гинекологу в женскую консультацию.

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: не отягощен
- \* Наследственность не отягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: корь, краснуха в детстве. 2,5 месяца назад перенесла пневмонию, по поводу которой получала длительное антибактериальное лечение с последующим дисбактериозом кишечника.
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.

### **Менструальная функция**

- \* Менструации с 13 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 26 дней, умеренные, б/болезненные.
- \* Последняя менструация наступила в срок обычного характера

### **Генеративная функция**

- \* Половая жизнь с 18 лет, брак второй, от беременности предохраняется -

прерванный половой акт и спринцевания раствором лимонного сока

\* Беременностей - 6: родов - 2,Abortов - 4 (без осложнений).

### **Гинекологический анамнез**

Гинекологический анамнез: со слов - не отягощен. Осмотр у гинеколога проходила год назад

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Рост 170 см. Вес 70 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 78 уд./мин, ритмичный. Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.

### **Гинекологический статус**

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Слизистая вульвы и влагалища бледно-розового цвета. Шейка матки цилиндрической формы, не деформирована, без эктопии. Тело матки нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон без особенностей, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей мутные, с неприятным «рыбным» запахом.

### **На основании жалоб и данных анамнеза Вы поставите пациентке диагноз**

- поздние децелерации до 80 уд./мин
- ранние децелерации до 80 уд./мин
- глубокие длительные децелерации
- глубокие длительные акцелерации

### **Диагноз**

**Верификацию диагноза бактериального вагиноза Вы проведете микроскопическим, микробиологическим и**

**+ \_\_\_\_\_ + методом**

- иммуногистохимическим
- молекулярно-биологическим
- иммунофлуоресцентным (ПИФ)
- иммуноферментным (ИФА)

**При оценке результатов микроскопического исследования, кроме выявления «ключевых» клеток, уменьшения и/или исчезновения лактобацилл и увеличения количества смешанной флоры, Вы отметите**

- снижение облигатно-факультативных микроорганизмов
- появление большого количества эпителиальных клеток
- отсутствие местной лейкоцитарной реакции
- наличие местной лейкоцитарной реакции

**Для повышения эффективности диагностики бактериального вагиноза**

- рекомендуются химические провокации
- проводятся биологические провокации
- необходимы алиментарные провокации
- провокации не рекомендуются

**Диагноз бактериального вагиноза Вы установите на основании трех из четырех следующих критериев: наличия гомогенных выделений из половых путей, с неприятным «рыбным» запахом; определения pH влагалищных выделений выше 4,5; выявления «ключевых» клеток при микроскопии влагалищных выделений и**

- полимикробном характере микрофлоры
- положительном аминотесте
- наличии местной воспалительной реакции
- отсутствии лактобактерий в препарате

**Целью лечения бактериального вагиноза у данной пациентки является клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений и**

- нормализация лабораторных показателей
- предупреждение инфицирования других лиц
- уменьшение частоты рецидивов
- эрадикация возбудителя

**Излеченность бактериального вагиноза у данной пациентки Вы установите на основании + \_\_\_\_\_ + метода**

- иммунофлюоресцентного (ПИФ)
- иммуноферментного (ИФА)
- иммуногистохимического
- микроскопического

**С целью диагностики излеченности Вы рекомендуете повторную явку пациентке для обследования микроскопическим методом через + \_\_\_\_\_ + дней после окончания лечения**

- 90
- 14
- 7
- 30

**Во избежание развития тяжелых побочных (дисульфирамоподобных) реакций в ходе антипротозоидной терапии, Вы должны предупредить пациентку о необходимости избегать приема**

- газированных безалкогольных напитков
- острой, соленой и жирной пищи
- свежавыжатых соков
- алкогольсодержащих продуктов

**В период лечения и диспансерного наблюдения до установления излеченности, Вы рекомендуете пациентке воздержаться от половых контактов или использовать**

- интравагинальную антипротозоидную терапию
- барьерные методы контрацепции
- спермицидные интравагинальные препараты
- гормональные методы контрацепции (КОК)

**После получения отрицательных результатов контрольного обследования пациентке диспансерное наблюдение**

- не показано
- необходимо 2 месяца
- показано 12 месяцев
- показано 6 месяцев

**К нарушению микробиоциноза влагалища у данной пациентки могло привести**

- не показано
- необходимо 2 месяца
- показано 12 месяцев
- показано 6 месяцев

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На прием к гинекологу женской консультации обратилась пациентка 28 лет.

### Жалобы

- \* на белые густые, творожистые выделения из половых путей, периодически возникающие
- \* на дискомфорт во время половых контактов

### Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы периодически возникают в течении 1 года, самостоятельно купируются санацией влагалища дезинфектантами, новое обострение началось 5 дней назад. Обратилась к гинекологу в женскую консультацию.

### Анамнез жизни

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность не отягощена.
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: скарлатина, краснуха в детстве.
- \* Первичный гипотиреоз диагностирован 3 года назад - наблюдается у эндокринолога- медикаментозная компенсация
- \* ОРЗ, ОРВИ- часто.
- \* В детстве хронический тонзиллит, с частыми обострениями
- \* Оперативные вмешательства: отрицает.

### Менструальная функция

- \* Менструации с 11 лет, установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, б/болезненные.
- \* Последняя менструация две недели назад, в срок обычного характера

### Генеративная функция

- \* Половая жизнь с 18 лет, брак первый, ВМС в течении 2-х лет.
- \* Беременности – 1 - своевременные самопроизвольные роды, без особенностей.

### Гинекологический анамнез

- \* Гинекологический анамнез: эктопия шейки матки - не леченная.
- \* Осмотр у гинеколога проходила 6 месяцев назад

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Рост 166 см. Вес 97 кг.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд./мин, ритмичный. Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.

### **Гинекологический статус**

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Слизистая вульвы и влагалища отечна, резко гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, с эктопией, не деформирована, гиперемирована, в области наружного зева визуализируются «усики» внутриматочного контрацептива. На слизистых имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком и выделения творожистого вида. Тело матки нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон без особенностей, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей белые густые, творожистые, обильные

**На основании жалоб, данных анамнеза и осмотра пациентки Вы поставите диагноз + \_\_\_\_\_ + вульвовагинит**

- не показано
- необходимо 2 месяца
- показано 12 месяцев
- показано 6 месяцев

### **Диагноз**

**Верификация диагноза, вульвовагинального кандидоза, в данном клиническом случае проводится на основании результатов лабораторных исследований микроскопическим, культуральным и + \_\_\_\_\_ + методами**

- цитологическим
- иммуногистохимическим
- гистологическим
- молекулярно-биологическим

**Для повышения эффективности диагностики вульвовагинального кандидоза данной пациентке**

- провокации не рекомендуются
- рекомендуются химические провокации
- проводятся алиментарные провокации
- необходимы только биологические провокации

**Подтвердив диагноз вульвовагинального кандидоза, данной пациентке Вы назначите лечение**

- антибиотиками широкого спектра действия
- антипротозоидными препаратами
- атимикотическими препаратами
- иммуномодулирующими препаратами

**К факторам риска развития вульвовагинального кандидоза у данной пациентки могут относиться заболевания щитовидной железы (гипотиреоз, в стадии компенсации) и**

- эктопия шейки матки
- ВМК в полости матки
- ношение ежедневных прокладок
- нарушение жирового обмена - ожирение

**Целью лечения урогенитального кандидоза у данной пациентки является клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений и**

- нормализация лабораторных показателей
- предупреждение инфицирования других лиц
- уменьшение частоты рецидивирования
- повышение фертильности пациентки

**Излеченность вульвовагинального кандидоза у данной пациентки Вы установите на основании микроскопического метода и**

- микробиологического
- иммуногистохимического
- иммуноферментного (ИФА)
- иммунофлуоресцентного (ПИФ)

**Эффективность лечения вульвовагинального кандидоза на основании микроскопического и микробиологического методов Вы оцените через + \_\_\_\_\_ + дней после окончания лечения**

- 30
- 14
- 7
- 21

**В период лечения и диспансерного наблюдения до установления излеченности, Вы рекомендуете пациентке воздержаться от половых контактов или использовать**

- барьерные методы контрацепции
- гормональные методы контрацепции (КОК)
- спермицидные вагинальные препараты
- внутриматочную гестагенсодержащую систему

**После получения отрицательных результатов контрольного обследования данной пациентке диспансерное наблюдение**

- в течение 6 месяцев
- не более 2 месяцев
- не показано
- до 12 месяцев

**При отсутствии эффекта от проведенного лечения Вы рекомендуете пациентке провести**

- повторную микроскопию влагалищного отделяемого
- бактериологический посев влагалищного отделяемого
- ПЦР диагностику в реальном масштабе времени
- цитологическое исследование соскоба с шейки матки

**С целью предотвращения повторных эпизодов урогенитального кандидоза, Вы рекомендуете пациентке удалить ВМК, подобрать иной способ контрацепции и**

- повторную микроскопию влагалищного отделяемого
- бактериологический посев влагалищного отделяемого
- ПЦР диагностику в реальном масштабе времени
- цитологическое исследование соскоба с шейки матки

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение многопрофильной больницы доставлена женщина 32 лет.

## **Жалобы**

- \* На боли внизу живота, больше слева
- \* На мажущиеся кровянистые выделения из половых путей
- \* На задержку менструации

## **Анамнез заболевания**

6 дней назад, на фоне задержки менструации появились мажущие кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся до настоящего времени. Данные выделения пациентка расценила как начавшуюся менструацию. Сегодня утром появились периодические схваткообразные боли внизу живота. Самостоятельно не лечилась. Около часа назад боли усилились, появилось головокружение и слабость, вызвала скорую помощь, доставлена в гинекологический стационар.

## **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: на лидокаин - крапивница
- \* Наследственность не отягощена
- \* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: грипп, ОРЗ. Хронический пиелонефрит, обострения 1-2 раза в год.
- \* Оперативные вмешательства: отрицает
- \* Менструации с 16 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, болезненные в первый день.
- \* Последняя менструация началась около 6 недель назад
- \* Половая жизнь с 19 лет, нерегулярная.
- \* В браке с 31 года.
- \* Беременностей - 0.
- \* В настоящее время от беременности не предохраняется. Планирует беременность.
- \* Гинекологический анамнез: со слов перенесла хламидиоз- получала антибактериальную терапию азитромицином.

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык слегка обложен, суховат. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 98 уд./мин, ритмичный. Живот правильной формы, не вздут, при глубокой пальпации резко болезненный в нижних отделах, больше слева. Симптомы раздражения брюшины положительные в нижних отделах

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был, оформленный.

\* Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, без эктопии, слизистая цианотичная. Тело матки чуть больше нормы, мягковатой консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации. По левому ребру матки пальпируется образование без четких контуров, до 5 см в диаметре, тугоэластичной консистенции, резко болезненное при пальпации. Придатки справа тяжистые, чувствительные при пальпации. Своды пастозные, чувствительные при пальпации, параметрии свободные. Выделения из половых путей кровянистые, скудные.

**Вы проведете дифференциальную диагностику у данной пациентки между неполным самопроизвольным выкидышем малого срока, апоплексией левого яичника и**

- дисфункциональным маточным кровотечением
- обострением хронического сальпингоофрита
- левосторонней трубной беременностью
- перекрутом кисты левого яичника

**Для уточнения диагноза с помощью лабораторной диагностики и для экстренной госпитализации, Вы назначаете пациентке**

- дисфункциональным маточным кровотечением
- обострением хронического сальпингоофрита
- левосторонней трубной беременностью
- перекрутом кисты левого яичника

**Результаты лабораторных методов обследования**

**После получения результатов лабораторных тестов, Вы назначаете пациентке**

- дисфункциональным маточным кровотечением
- обострением хронического сальпингоофрита
- левосторонней трубной беременностью
- перекрутом кисты левого яичника

**Результаты обследования**

**На основании жалоб, анамнеза, данных наружного и внутреннего осмотров, результатов обследования, Вы формулируете диагноз у данной пациентки**

- дисфункциональным маточным кровотечением
- обострением хронического сальпингоофрита
- левосторонней трубной беременностью
- перекрутом кисты левого яичника

## **Диагноз**

**Вы лечащий врач пациентки, Ваша дальнейшая тактика будет заключаться в**

- консервативном лечении (инфузионная, антибактериальная, гемостатическая, десенсибилизирующая, антианемическая, обезболивающая терапия)
- диагностической лапаротомии
- диагностической лапароскопии
- гистерорезектоскопии и раздельно-диагностическом выскабливании

**Во время диагностической лапароскопии Вы подтвердили диагноз трубной беременности слева, Ваша тактика будет заключаться в выполнении**

- аднексэктомии слева, вакуум-аспирации полости матки
- тубэктомии слева
- тубэктомии слева, вакуум-аспирации полости матки
- аднексэктомии слева и дренировании брюшной полости

**В послеоперационном периоде пациентке показано**

- введение окситоцина в/м в течение 48 часов после операции
- проведение антианемической терапии
- введение антирезусного иммуноглобулина
- проведение курса противовоспалительной терапии

**Пациентка выписывается домой в удовлетворительном состоянии, Вы ей рекомендуете прийти через неделю для**

- получения результатов гистологии
- назначения витаминотерапии
- получения микронизированного прогестерона до начала менструации
- установки внутриматочного контрацептива

**Прогноз для репродуктивного здоровья у данной пациентки зависит от**

- приема оральных контрацептивов в течение года после операции
- длительности лечения в гинекологическом стационаре

- занятий ЛФК на фоне приема КОК в течение года после операции
- состояния правой маточной трубы и наличия овуляции

**При выписке из стационара пациентка категорически отказалась от приема гормональных контрацептивов и с целью предупреждения нежелательной беременности ей рекомендовано использовать**

- спермицидные средства
- прерванный половой акт
- внутриматочную систему «Мирена» или аналоги
- барьерный метод контрацепции

**К возможным причинам возникновения внематочной беременности у пациентки относится**

- возраст пациентки 32 года
- перенесенный хламидиоз
- хронический пиелонефрит в анамнезе
- отсутствие беременностей в анамнезе

**При выписке из стационара Вы выдали пациентке листок нетрудоспособности на + \_\_\_\_ + дней**

- возраст пациентки 32 года
- перенесенный хламидиоз
- хронический пиелонефрит в анамнезе
- отсутствие беременностей в анамнезе

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к врачу женской консультации обратилась пациентка 46 лет.

### **Жалобы**

- \* На обильные, длительные, периодически болезненные менструации
- \* На тянущие боли внизу живота

Слабость, головокружение

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение трех лет. К врачам до этого не обращалась.

### **Анамнез жизни**

- \* Аллергоанамнез: отрицает.
- \* Наследственность неотягощена
- \* Перенесенные заболевания: хронический гастрит, хронический пиелонефрит в детстве, с частыми обострениями.
- \* Оперативные вмешательства: отрицает
- \* В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. По назначению эндокринолога получает пероральные сахароснижающие препараты в течение последних 6 лет. Препарат принимает нерегулярно. Диету не соблюдает.
- \* Менструации с 13 лет, по 4–5 дней, через 28–30 дней, умеренные, болезненные, в течение последних 3 лет обильные, длительностью до 7–8 дней.
- \* Сегодня 10 день менструального цикла
- \* Половая жизнь с 19 лет
- \* Беременностей 7: роды - 2, своевременные, самопроизвольные, без осложнений. Аборты - 4, без осложнений. Последняя беременность в возрасте 40 лет закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 8–9 недель с последующей вакуум-аспирацией полости матки. От беременности не предохраняется.
- \* Гинекологический анамнез: неотягощен
- \* На осмотре у гинеколога была 5 лет назад.

### **Объективный статус**

- \* Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Правильного телосложения, повышенного питания, ИМТ 28 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин, ритмичный. Молочные железы и регионарные лимфатические узлы без патологии. Живот правильной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления в норме.
- \* Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое, рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев - щелевидный. Тело матки в anteversio нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей светлые, умеренные.

**Для постановки верного клинического диагноза пациентке Вам необходимо провести дифференциальную диагностику между аденомиозом, гиперплазией эндометрия и**

- трубной беременностью
- полипом эндометрия
- раком шейки матки
- опухолью яичника

**Для постановки верного диагноза Вы назначите пациентке**

- трубной беременностью
- полипом эндометрия
- раком шейки матки
- опухолью яичника

**Результаты обследования**

**На основании обследования, вы формулируете у данной пациентки диагноз**

- трубной беременностью
- полипом эндометрия
- раком шейки матки
- опухолью яичника

**Диагноз**

**Вы врач женской консультации, Ваша тактика в отношении данной пациентки заключается в**

- назначении гормональной терапии синтетическими прогестинами с 11 по 25 день менструального цикла на 6 месяцев
- срочной госпитализации пациентки в гинекологический стационар в день обращения
- проведении контрольного УЗИ в динамике через месяц
- проведении предоперационного обследования и госпитализации пациентки в стационар для диагностики состояния эндометрия

**Перед госпитализацией в стационар Вы назначаете пациентке обследование: реакция Вассермана (RW), ВИЧ, HbsAg, HCV, группа крови, резус фактор, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, микроскопию цервикального и вагинального содержимого и**

- назначении гормональной терапии синтетическими прогестинами с 11 по 25 день менструального цикла на 6 месяцев
- срочной госпитализации пациентки в гинекологический стационар в день обращения
- проведении контрольного УЗИ в динамике через месяц

- проведении предоперационного обследования и госпитализации пациентки в стационар для диагностики состояния эндометрия

## **Результаты обследования**

**Для госпитализации пациентки в стационар необходимы консультации смежных специалистов, а также инструментальные методы обследования ЭКГ и**

- назначении гормональной терапии синтетическими прогестинами с 11 по 25 день менструального цикла на 6 месяцев
- срочной госпитализации пациентки в гинекологический стационар в день обращения
- проведении контрольного УЗИ в динамике через месяц
- проведении предоперационного обследования и госпитализации пациентки в стационар для диагностики состояния эндометрия

## **Результаты инструментального метода обследования**

**Оптимальным методом диагностики патологии эндометрия у пациентки является**

- гистероскопия, прицельная биопсия эндометрия с последующим гистологическим исследованием материала
- раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия с последующим гистологическим исследованием полученного материала
- вакуум-аспирация полости матки с последующим гистологическим исследованием материала
- РДВ эндоцервикса и эндометрия под контролем гистероскопии с гистологическим исследованием полученного материала

## **При выписке из стационара Вы рекомендуем пациентке**

- получить результаты гистологического исследования
- прием микронизированного прогестерона с 16 по 25 день цикла в течение 6 месяцев, с контрольным УЗИ через 7 дней
- введение внутриматочной системы «Мирена» во время первой менструации
- прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в течение 6 месяцев, с контрольным УЗИ через 7 дней

**Пациентка получила результаты гистологического исследования: эндоцервикс - гиперплазия железистого эпителия. Эндометрий - комплексная гиперплазия эндометрия с атипией. Ваша дальнейшая тактика будет заключаться в**

- диспансерном наблюдении в ж/к с проведением контрольной аспирационной биопсии эндометрия через 6 месяцев

- оперативном лечении в объеме гистерэктомии с маточными трубами
- диспансерном наблюдении в женской консультации с проведением контрольной гистероскопии через 6 месяцев
- диспансерном наблюдении в ж/к с проведением контрольной аспирационной биопсии эндометрия через 3 месяца

### **Для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений у пациентки необходимо**

- назначить метронидазол в суточной дозе в сочетании с препаратом интерферонового ряда в суточной дозе 1 млн. ед. на 7 дней
- назначить пероральный прием антибактериальных препаратов широкого спектра действия в течение 14 дней и с 15 дня от операции микронизированный прогестерон в течение 14 дней
- вводить внутримышечно антибактериальный препарат широкого спектра действия в суточной терапевтической дозе в течение 7 дней
- ввести пред- или интраоперационно внутривенно антибактериальный препарат широкого спектра действия в суточной терапевтической дозе однократно

### **Возможными факторами риска развития предрака у данной пациентки явились**

- более 3-х выскабливаний полости матки по данным анамнеза
- нарушение режима приема сахароснижающих препаратов
- отсутствие беременности в течение 8 лет
- нарушение жирового обмена, сахарный диабет 2 типа

### **Для коррекции анемии у данной пациентки Вы назначите**

- более 3-х выскабливаний полости матки по данным анамнеза
- нарушение режима приема сахароснижающих препаратов
- отсутствие беременности в течение 8 лет
- нарушение жирового обмена, сахарный диабет 2 типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родильное отделение перинатального центра. Роженица С. 30 лет.

Срок беременности – 41 неделя 2 дня.

Беременность 1-я, роды предстоят 1-е.

### **Жалобы**

На болезненные схватки потужного характера в течение 30 минут.

### **Анамнез заболевания**

Течение беременности: данная беременность 1-я, наступила самопроизвольно. Срок беременности определен по КТР плода на I скрининге.

Беременность до данного срока протекала без осложнений.

Принимает препараты: фолиевая кислота 5 мг/сутки, йодомарин 200 мкг/сутки, других препаратов за время беременности не получала.

Во время беременности был диагностирован гестационный сахарный диабет (на диетотерапии).

Общая прибавка веса за беременность составила +25 кг.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась нормально.

Наследственность: не отягощена.

Вредные привычки: отрицает.

Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ.

Хронические заболевания: хронический гастрит, стойкая ремиссия, последнее обострение, гастроскопический контроль – норма.

Туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицает.

Гинекологический анамнез: - эктопия шейки матки, наблюдение.

### **Объективный статус**

Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст., пульс – 82 уд/мин, ритмичный.

Сердцебиение плода – 140 уд/мин, ритмичный.

Схватки, переходящие в потуги, по 50-55 сек. через 1-2 минуты.

Матка между схватками расслабляется, безболезненна при пальпации.

Положение плода продольное, предлежит головка плода.

Рост пациентки 155 см, масса тела 80 кг, размер обуви 36.

Отмечена «остроконечная» форма живота.

Индекс Соловьева – 14,5. Индекс Горбунова – 2,6.

Крестцовый ромб (Михаэлиса): продольный размер – 10 см, поперечный – 10 см. Distantia spinarum – 26 см; Distantia cristarum – 29 см; Distantia trochanterica – 32 см; Conjugate externa – 18 см.

Самостоятельно не мочится, моча по катетеру концентрированная. Отмечен отек наружных половых органов.

По данным УЗИ при поступлении предполагаемая масса плода 4000 г.

### **Необходимым методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является**

- более 3-х выскабливаний полости матки по данным анамнеза
- нарушение режима приема сахароснижающих препаратов
- отсутствие беременности в течение 8 лет

- нарушение жирового обмена, сахарный диабет 2 типа

### **Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации возможным дополнительным инструментальным методом обследования в условиях родильного отделения является**

- более 3-х выскабливаний полости матки по данным анамнеза
- нарушение режима приема сахароснижающих препаратов
- отсутствие беременности в течение 8 лет
- нарушение жирового обмена, сахарный диабет 2 типа

### **Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации на основании полученных данных пациентке возможно поставить диагноз**

- более 3-х выскабливаний полости матки по данным анамнеза
- нарушение режима приема сахароснижающих препаратов
- отсутствие беременности в течение 8 лет
- нарушение жирового обмена, сахарный диабет 2 типа

### **Диагноз**

**В данной клинической ситуации данные влагалищного исследования и УЗИ в родах свидетельствуют о**

- заднем виде затылочного предлежания, заднем асинклитизме
- переднем виде затылочного предлежания, переднем асинклитизме
- высоком прямом стоянии стреловидного шва, переднем виде
- высоком прямом стоянии стреловидного шва, заднем виде

**Врачебной тактикой в данной клинической ситуации является выполнение операции**

- наложения выходных акушерских щипцов
- наложения полостных акушерских щипцов
- кесарева сечения в экстренном порядке
- вакуум-экстракции плода

**В данной клинической ситуации признак Цангемайстера интерпретируется как**

- сомнительный
- положительный
- отрицательный
- относительный

**Положительный признак Генкеля-Вастена в данной клинической ситуации означает**

- высокое поперечное стояние стреловидного шва
- что передняя поверхность симфиза совпадает с уровнем передней поверхности головки
- что передняя поверхность симфиза стоит выше, чем передняя поверхность прижатой головки
- что передняя поверхность головки выступает над симфизом

**К совокупности клинических признаков несоответствия размеров плода и таза матери в данной клинической ситуации относят**

- отсутствие поступательного движения головки при полном открытии шейки матки и энергичную родовую деятельность
- наличие поступательного движения головки при неполном открытии шейки матки и слабую родовую деятельность
- отсутствие поступательного движения головки при полном открытии шейки матки и слабую родовую деятельность
- наличие поступательного движения головки при неполном открытии шейки матки и энергичную родовую деятельность

**При появлении 3-4 признаков абсолютного несоответствия между размерами плода и таза матери (в любых сочетаниях), и живом плоде показано немедленное родоразрешение путем операции**

- кесарева сечения
- вакуум-экстракции
- наложения акушерских щипцов
- краниотомии/краниоклазии

**Классификация клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода (по Р.И. Калгановой) предусматривает + \_\_\_\_\_ + степени(-ей) несоответствия**

- 2
- 3

- 5
- 4

**Диагностирование функциональной неполноценности таза возможно после открытия зева шейки матки равном или более (в сантиметрах)**

- 5
- 6
- 3
- 4

**Оптимальным сроком для проведения магнитно-резонансной пельвиметрии (МР-пельвиметрии) является + \_\_\_\_\_ + недель беременности**

- 5
- 6
- 3
- 4

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 13 лет обратилась на поликлинический прием с законным представителем.

### **Жалобы**

На обильные болезненные и продолжительные менструации, наличие выбухания в области промежности, особенно в положении лежа

### **Анамнез заболевания**

Жалобы появились в течение последних 1,5 лет, когда значительно увеличилась обильность и длительность менструаций, появилась тянущая боль внизу живота и в области промежности циклического характера.

В последние 2 месяца боль в нижних отделах живота усилилась. Не купируется приемом НПВС.

Наличие в анамнезе гинекологических заболеваний отрицает.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. При рождении вес 3450 г, длина 51 см. Грудное вскармливание до 1 года.

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Перенесенные операции: отрицает.

Наследственность: неотягощена.

Вредные привычки: отрицает.

Гинекологический анамнез: 15 день менструального цикла. Менархе в 11 лет, менструации регулярные, в течение последних 1,5 лет по 10-12 дней, обильные и болезненные почти все дни.

Половую жизнь отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°C.

Кожный покров и видимые слизистые бледно-розового цвета. Отёков нет.

ИМТ – 19. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения.

ЧСС – 82 в минуту, ритмичный, АД – 110/65 мм рт. ст.

Живот мягкий, отмечается умеренная болезненность в нижнем отделе, больше срединно. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Стул оформленный, нерегулярный, с периодическими задержками на 4-5 дней.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

### **К необходимым объективным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят**

- 5
- 6
- 3
- 4

### **Результаты обследования**

### **Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации являются**

- 5
- 6
- 3
- 4

### **Результаты обследования**

**В данной клинической ситуации на основании полученных данных пациентке можно поставить диагноз**

- 5
- 6
- 3
- 4

**Диагноз**

**У данной пациентки выявлен синдром**

- МакКьюна – Олбрайта – Брайцева
- Клиппеля – Фейля
- Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера
- Херлина – Вернера – Вундерлиха

**В данной клинической ситуации тактика ведения пациентки включает**

- госпитализацию после достижения девочкой возраста 16 лет для проведения планового оперативного лечения
- госпитализацию в экстренном порядке в стационар 2 уровня для проведения оперативного лечения
- госпитализацию в плановом порядке в стационар 3 уровня для проведения оперативного лечения
- назначение НПВС и КОК и амбулаторное наблюдение до 18 лет

**В данной клинической ситуации объем оперативного вмешательства включает**

- вскрытие гематокольпоса, опорожнение и промывание полости влагалища раствором антисептика, максимальное иссечение замкнутой стенки влагалища, граничащей с функционирующим влагалищем
- вскрытие гематокольпоса, опорожнение и промывание полости влагалища раствором антисептика, выполнение промежностной вагинопластики с низведением рудиментарного влагалища на промежность
- пункцию, опорожнение и промывание полости влагалища раствором антисептика, дренирование гематокольпоса
- удаление маточного рога и иссечение рудиментарного влагалища

**В данной клинической ситуации при несвоевременном оперативном лечении при данном пороке половых органов не характерно развитие**

- наружного генитального эндометриоза

- синдрома поликистозных яичников
- трубно-перитонеального бесплодия
- свищевого хода и пиокольпоса

**На определение тактики ведения данной пациентки с обструктивными пороками развития влагалища непосредственно влияет**

- длительность болевого синдрома
- дискомфорт во время физической активности
- возраст пациента
- достаточность наполнения замкнутого влагалища

**Данной пациентке будет рекомендовано хирургическое вмешательство с лапароскопической ассистенцией при наличии клинико-диагностических признаков**

- агенезии почки
- новообразования яичника
- свищевого хода между влагалищами
- гематометры

**В послеоперационном периоде данной пациентке рекомендовано**

- введение во влагалище тампона с антибактериальной мазью на 5 суток в целях профилактики вторичного инфицирования
- спринцевание влагалища в целях профилактики вторичного инфицирования
- бужирование сформированного влагалища в целях профилактики его стенозирования
- проведение обработки неовлагалища в целях профилактики стенозирования его стенок

**К факторам риска развития пороков матки и влагалища у плода не относят прием во время беременности**

- андрогенных препаратов и норстероидов
- антацидов
- талидомида
- антибиотиков тетрациклинового ряда

**Пороки развития дериватов Мюллеровых протоков у плода могут образоваться на сроке до + \_\_\_\_\_ + недели гестации**

- андрогенных препаратов и норстероидов
- антацидов

- талидомида
- антибиотиков тетрациклинового ряда

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 60 лет, пенсионер, обратилась самостоятельно к врачу – акушеру-гинекологу.

### Жалобы

На боли в левой молочной железе.

### Анамнез заболевания

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания и операции: полип цервикального канала в 52 года – полипэктомия, желчнокаменная болезнь в 55 лет – холецистэктомия.

Наследственность: рак шейки матки у мамы.

Вредные привычки: отрицает.

1 нормальная беременность, 1 самопроизвольные роды, менопауза с 50 лет, комбинированная менопаузальная гормональная терапия с 51 года до 58 лет.

### Анамнез жизни

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые был поставлен диагноз «Фиброзно-кистозная мастопатия». Динамически диспансерно наблюдалась у врача – акушера-гинеколога, была проконсультирована у врача-онколога. При появлении болевого синдрома в молочных железах самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты с незначительным эффектом. С началом менопаузы болевой синдром самостоятельно купировался.

Вновь данная жалоба появилась в 59 лет.

Анализы не сдавала.

Обратилась амбулаторно к врачу – акушеру-гинекологу.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6°C.

Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отеков нет. Умеренное питание.

ИМТ – 31,3 кг/м<sup>2</sup>.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный.

Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС – 68 в минуту. АД – 115/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный,

ежедневный.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, не деформирована, не эрозирована. Тело матки отклонено кзади, нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей светлые, скудные.

### **Обязательный перечень обследований данной пациентки врачом – акушером-гинекологом включает**

- андрогенных препаратов и норстероидов
- антацидов
- талидомида
- антибиотиков тетрациклинового ряда

### **Результаты обследования**

### **Основным инструментальным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является**

- андрогенных препаратов и норстероидов
- антацидов
- талидомида
- антибиотиков тетрациклинового ряда

### **Результаты обследования**

### **Учитывая анамнестические данные, результаты проведенных методов исследования, данной пациентке можно поставить диагноз**

- андрогенных препаратов и норстероидов
- антацидов
- талидомида
- антибиотиков тетрациклинового ряда

### **Диагноз**

**К предполагаемой причине развития болевого синдрома у данной пациентки относят**

- индекс массы тела (ИМТ) – 31,3 кг/м<sup>2</sup>
- фиброзно-кистозную мастопатию в анамнезе с 30 лет
- одни роды в анамнезе
- комбинированную менопаузальную гормональную терапию в течение 7 лет

**Первым этапом медикаментозной терапии у данной пациентки является назначение**

- препаратов йодида калия
- антагонистов гонадотропинов (даназола)
- селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов (тамоксифена)
- лекарственных препаратов на основе Витекса священного

**Данной пациентке для уменьшения размеров кист в тканях молочных желез на фоне фиброзно-кистозной мастопатии показано назначение**

- противоопухолевых средств растительного происхождения (доцетаксела)
- алкилирующих средств (циклофосфида)
- препаратов на основе индол-3-карбинола
- моноклональных антител (трастузумаба)

**Данной пациентке для уменьшения размеров кист в тканях молочных желез на фоне фиброзно-кистозной мастопатии при сочетанных гиперпластических процессах показано назначение**

- ингибиторов пролактина
- блокаторов рецепторов H1/H2
- препаратов на основе микронизированного прогестерона
- противоопухолевых антибиотиков

**Определение показаний и противопоказаний к применению хирургических методов лечения при доброкачественной дисплазии молочной железы является компетенцией врача**

- рентгенолога
- акушера-гинеколога
- хирурга
- онколога

**Методом общей профилактики доброкачественной дисплазии молочной железы является**

- поддержание оптимального индекса массы тела
- увеличение длительности менопаузальной гормонотерапии
- употребление продуктов, содержащих метилксантины
- увеличение потребления животных жиров и мяса

**Пациентка с доброкачественной дисплазией молочной железы при результатах BI-RADS 1,2 наблюдается врачом**

- эндокринологом
- онкологом
- терапевтом
- акушером-гинекологом

**Единственным в настоящее время методом, позволяющим выявлять все известные варианты непальпируемого рака, является**

- магнитно-резонансная томография
- ультразвуковая диагностика
- компьютерная томография
- маммография

**Вакуумная аспирационная биопсия или эксцизионная биопсия с получением большего по объему образца тканей выполняется врачом**

- рентгенологом
- акушером-гинекологом
- онкологом
- хирургом