



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Акушерство и гинекология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитет по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Квалификация	Врач по общей гигиене, по эпидемиологии.
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра акушерства и гинекологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.С. Коваленко	доцент, к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
А.А. Супряга	к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент
Т.Н. Рыбакова		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.Н. Котляров,	к.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой сестринского дела
Е.В. Филиппов	д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой поликлинической терапии, профилактической медицины и ОВП

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Медико-профилактическое дело

Протокол № 12 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.

Протокол № 10 от 27.06.2023г.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
по итогам освоения дисциплины**

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости  
Примеры заданий в тестовой форме:**

№ 1. Оптимальный метод абдоминального КС:

1. Корпоральное КС
2. Истмико-корпоральное КС
3. \*КС в нижнем сегменте с дугообразным (поперечно-полулунным) разрезом
4. КС с продольным разрезом нижнего сегмента

№ 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать субсерозную миому матки?

1. С опухолью яичника.
2. С опухолью кишечника.
3. С дистопированной почкой.
4. \*Правильно только «1» и «2».

№ 3. Какие методы диагностики позволяют выявить субмукозную миому матки?

1. УЗИ.
2. Гистероскопия.
3. Гистерография.
4. \*Все ответы верны.

№ 4. Какие методы исследования наиболее информативны в диагностике эндометриоза яичников?

1. УЗИ.
2. Гистерография.
3. Гистероскопия.
4. \*Лапароскопия.

№ 5. Что способствует развитию аденомиоза?

1. Воспалительные заболевания придатков матки.
2. Аборты и другие внутриматочные манипуляции.
3. Оперативные вмешательства на матке.
4. \*Правильно только «2» и «3».

**Критерии оценки тестового контроля (стандартизированный контроль - тестовые задания с эталоном ответа):**

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования:**

1. Миома матки. Этиология

2. Искусственный разрыв плодного пузыря. Показания, условия, техника и исходы.
3. Роды при тазовом предлежании.
4. современная техника операции кесарево сечение.
5. Трещины сосков и патологический лактостаз. Причины, клиника, диагностика, профилактика и лечение.

#### **Критерии оценки при собеседовании (ответ на вопрос преподавателя):**

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

#### **Примеры ситуационных задач:**

**Задача № 1.** Первобеременная Я., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 8 часов назад.

Менструальная функция не нарушена, половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было. Соматически здорова.

Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 40 см, рост 166 см, масса тела 72 кг. Положение плода продольное, I позиция, передний вид, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода - 4000 гр. Схватки по 25-30 секунд через 4-5 минут, слабой силы, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, вскрылся при влагалищном исследовании, излилось небольшое количество светлых вод. Предлежат ягодичы, прижаты ко входу в малый таз, крестец обращен кпереди и влево, линия интертрохантерика в левом косом размере таза. Емкость таза удовлетворительная, CD - 13 см.

Начата стимуляция родовой деятельности внутривенным капельным введением окситоцина в течение 3 часов, которая эффекта не дала: схватки остаются слабой силы, короткие, через 4-5 минут по 30 секунд.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения родов.
3. Возможные осложнения при тазовом предлежании для матери и плода и их профилактика.

**Эталон ответа:**

1. Беременность I, 40 недель. Роды I, срочные, I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Тазовое предлежание плода. Неэффективность родостимуляции.
2. Учитывая длительность родового акта в течение 11 часов, неэффективность родостимуляции, тазовое предлежание плода и его доношенность, с целью получения живого нетравмированного плода необходимо завершить роды операцией кесарево сечение.
3. Осложнения для матери – травма тканей родового канала, гипотоническое или атоническое кровотечение в последовом или послеродовом периодах. Осложнения для плода – интранатальная гипоксия, гибель, травматизация. Профилактика – рациональное ведение (наблюдение за динамикой открытия шейки матки, нарастанием родовой деятельности, введение утеротонических средств после рождения плода, контроль за сердечной деятельностью плода – КТГ, введение средств, улучшающих маточно-плацентарный кровоток) и завершение родов (своевременное кесарево сечение).

**Задача № 2.** В родильное отделение поступила в первом периоде родов повторно-родящая 30 лет. Последний раз посещала женскую консультацию 10 дней назад. Самочувствие удовлетворительное. I роды закончились самопроизвольно живым ребенком 6 лет тому назад; в течении последующих 3-х лет было 2 искусственных аборта, произведенных в больнице; 2 года назад были вторые роды, закончились операцией кесарева сечения по поводу предлежания плаценты. В послеоперационном периоде было повышение температуры до 37,6-37,8°C, получала антибактериальную терапию с первого дня операции. Ребенок жив, развивается хорошо. Женщина правильного телосложения, таз нормальных размеров, плодный пузырь цел. Открытие I палец. Сердцебиение плода ясное, положение продольное, предлежит головка. При пальпации рубца на матке определяется истончение в области обоих углов и его болезненность.

1. Правильно ли было ведение беременной в женской консультации, есть ли дефекты наблюдения?
2. Врачебная тактика.
3. Метод родоразрешения.

**Эталон ответа:**

1. Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, женщине должна была быть проведена УЗ-визуализация рубца на матке, и ее необходимо было госпитализировать в акушерский стационар III уровня заблаговременно (в 36 недель) для родоразрешения операцией кесарево сечение в плановом порядке.
2. Снять родовую деятельность, провести профилактику акушерского кровотечения и обеспечить проведение экстренного родоразрешения.
3. Операция кесарево сечение в экстренном порядке с иссечением «старого» рубца.

**Задача № 3.** Роженица Л., 28 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью и доношенной беременностью.

Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 25 лет, вес плода 4200. Вторая - закончилась медицинским абортom при сроке беременности 7-8 недель, без осложнений; третья - 2 года назад - медицинский аборт при сроке беременности 8-9 недель. Через неделю после аборта по поводу кровянистых выделений было произведено повторное выскабливание полости матки.

Данная беременность 4-ая, развивалась без осложнений. Схватки начались 4 часа

назад, воды излились 1 час назад.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 160 см, масса тела 75 кг. По органам без патологии. АД - 110/70 - 120/70 мм рт.ст. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Определяется выраженная шейно-головная борозда между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода - 4200-4300 гр.

Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, сильные, резко болезненные. Симптом Вастена положительный.

Влагалищное исследование - наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, раскрытие 8 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подбородок. Лицевая линия стоит в правом косом размере. Подбородок обращен к правому крестцово-подвздошному сочленению. Крестцовая впадина свободна.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План ведения родов.
3. Возможные осложнения в родах при данном вставлении.

#### **Эталон ответа:**

1. Беременность IV, 40 недель. Роды II, срочные, II период родов. Головное предлежание, лицевое вставление. Клинически узкий таз.
2. Необходимо снять родовую деятельность, завершить роды операцией кесарево сечение в экстренном порядке.
3. Возможные осложнения для матери – разрыв матки и внутреннее кровотечение, травма мочевого пузыря. Возможные осложнения для плода - интранатальная гипоксия, гибель.

#### **Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### **Примеры тем рефератов:**

1. Физиотерапевтические и нетрадиционные методы профилактики и лечения невынашивания беременности.
2. Антенатальная гибель плода. Изменения в системе мать-матка-плацента-плод.
3. Контрацепция в послеродовом периоде.
4. Современные принципы успешного грудного вскармливания.
5. Предраковые заболевания молочных желез.

#### **Критерии оценки реферата:**

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению

данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**Форма промежуточной аттестации в 8, 9 семестре - зачет.**

**Порядок проведения промежуточной аттестации**

**Процедура проведения и оценивания зачета**

Зачет в 8 семестре, не являющийся завершающим изучение дисциплины «Акушерство и гинекология», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Зачет в 9 семестре проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов (II),. Критерии сдачи зачета (III):

Пример экзаменационного билета.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

### **БИЛЕТ ДЛЯ СДАЧИ ЗАЧЕТА № 1**

по дисциплине «Акушерство и гинекология»  
по специальности **32.05.01 Медико-профилактическое дело**

1. Тазовое предлежание плода. Классификация, факторы риска, биомеханизм родов. Тактика ведения беременности и родов.
2. Лечение преэклампсии и эклампсии.

Заведующий кафедрой акушерства и  
гинекологии, к.м.н.

М.С. Коваленко

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины  
«Акушерство и гинекология»**

**ОПК-6**

Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

1. Организация акушерско-гинекологической помощи в РФ. Трехуровневая система родовспоможения. Маршрутизация беременных.
2. Вопросы медицинской деонтологии и этики в акушерстве.
3. Диагностика беременности.
4. Физиологическое течение беременности. Изменения в организме женщины во время беременности.
5. Ведение беременности в женской консультации и фап.
6. Структура акушерского стационара.
7. Законодательство РФ по охране материнства и детства. Льготы беременным и кормящим матерям.
8. Определение предполагаемой даты родов и времени предоставления дородового отпуска.
9. Акушерская номенклатура.
10. Методы обследования в акушерстве.
11. Плод как объект родов.
12. Женский таз с акушерских позиций. Пельвиометрия. Плоскости полости малого таза, проводная ось малого таза. Методы измерения истинной конъюгаты.
13. Современные методы диагностики состояния плода.
14. Кардиотокография.
15. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам. Гигиена и диетика беременных.



16. Предвестники родов. Оценка степени зрелости шейки матки.
17. Роды. Классификация. Причины наступления родов.
18. Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
19. Биомеханизм родов в заднем виде затылочного предлежания.
20. Первый период родов. Особенности течения, ведение.
21. Второй период родов. Особенности течения, ведение. Защита промежности. Определение местоположения головки плода в родах.
22. Третий период родов. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
23. Физиологическая кровопотеря в родах. Методы оценки. Механизм возникновения и прекращения.
24. Физиологический послеродовый период.
25. Грудное вскармливание. Оптимальная продолжительность. Противопоказания.
26. Ранний неонатальный период. Первичная обработка новорожденного. Оценка новорожденного по шкале Апгар.
27. Неправильное положение плода. Классификация, причины, диагностика, тактика.
28. Многоплодная беременность. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности и родов.
29. Послеродовый отпуск. Показания для предоставления удлиненного послеродового отпуска.
30. Планирование семьи. Пути снижения абортов. Контрацепция. Контрацепция в послеродовом периоде.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

1. Принципы консервативной терапии острых и хронических воспалительных заболеваний гениталий, профилактические мероприятия.
2. Аменорея. Принципы лечения.
3. Шеечная беременность. Методы лечения.
4. Климактерический синдром. Методы лечения.
5. Рак шейки матки. Методы лечения, профилактика.
6. Лихорадящий аборт. Принципы лечения.
7. Ановуляторный менструальный цикл (персистенция зрелого фолликула). Принципы лечения.
8. Ановуляторный менструальный цикл (атрезия незрелого фолликула). Принципы лечения.
9. Принципы консервативной терапии острых и хронических воспалительных заболеваний гениталий, профилактические мероприятия.
10. Предоперационная подготовка больных. Значимость в профилактике осложнений при операции и в послеоперационном периоде.
11. Бесплодный брак. Основные принципы лечения женского бесплодия.
12. Псевдомуцинозная киста и фиброма яичника. Особенности лечения.
13. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла. Врачебная тактика.
14. Несостоявшийся аборт. Современная врачебная тактика, профилактика.
15. Пельвиоперитонит. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
16. Метастатический рак яичников: показания к оперативному лечению.
17. Маскулинизирующие опухоли яичников (аренобластома). Принципы лечения.
18. Лечение угрожающего выкидыша. Тактика ведения.
19. Ведение послеоперационного периода у гинекологических больных.
20. Фолликулярная киста яичника. Врачебная тактика.
21. Киста желтого тела. Врачебная тактика.

22. Хирургические вмешательства на шейке матки. Виды, методы, условия, показания, противопоказания.
23. Заболевания бартолиновой железы (абсцесс, киста). Тактика лечения.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

#### ЗАДАЧА № I.

Роженица Р., 30-ти лет поступила в родильный дом 20 октября в 8 часов с развитой родовой деятельностью.

Беременность 5-ая, роды предстоят 3-й. Первая беременность - срочные нормальные роды 10 лет назад, масса плода 3650. Ребенок жив. Вторая – 7 лет назад - срочные нормальные роды, масса плода 3900,0. Третья и четвертая беременности - искусственные аборты 4 и 3 года назад, последний аборт осложнился воспалительным процессом матки и придатков.

Данная беременность протекала без осложнений, в конце беременности отмечала отеки ног. От госпитализации отказалась.

Общая прибавка массы тела за беременность + 16 кг.

Сопутствующей экстрагенитальной патологии по данным женской консультации не выявлено.

Схватки начались с 3-х часов 20.10, воды излились в 7 часов дома.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное.

Рост 164 см, вес 82 кг. Кожные покровы нормальной окраски. Отеки голеней. АД - 140/95 -140/100 мм рт.ст.

Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16,5 см. Ромб Михаэлиса 10,5-10,0 см. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд хорошей силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка справа, до 150 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка сглажена, края ее тонкие, раскрытие наружного зева 6-7 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева, швы и роднички узкие. Родовой опухоли на головке нет. Емкость таза не уменьшена. Диагональная конъюгата 12,5-13 см.

Предполагаемая масса плода 4100-4200,0 г.

Решено роды предоставить естественному течению.

К 11 часам схватки через 2,5-3 минуты по 40 секунд, сильные, болезненные, потужного характера. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена вровень. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное. Головка во входе в малый таз, вне схватки отталкивается. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади, большой слева кпереди; швы и роднички определяются с трудом, кости черепа плотные.

1. Диагноз при поступлении, его обоснование?
2. Какие осложнения беременности имеются?
3. Дополнительное обследование для диагноза (оценка таза, данные для уточнения окончательного диагноза)?
4. Окончательный диагноз и алгоритм оказания экстренной помощи?

## 5. Реабилитация пациентки после выписки из роддома?

### ЗАДАЧА № 2.

В родильное отделение больницы поступила беременная М., 26 лет, с жалобами на излитие околоплодных вод 2 часа назад. 1-ая беременность 3 года назад закончилась кесаревым сечением по поводу прогрессирующей гипоксии плода, извлечен мальчик массой 3250,0. Послеоперационный период осложнился нагноением и расхождением шва на передней брюшной стенке.

2-ая беременность – медицинский аборт, 2 года назад, без видимых осложнений.

3-я беременность - настоящая, протекала с угрозой прерывания беременности в 1-ом триместре, находилась на стационарном лечении.

При поступлении срок беременности 38-39 недель.

Рост 161 см, масса тела 78 кг. Общее состояние удовлетворительное.

Размеры таза: 25-27-31-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, размерами 10,5x11 см.

Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 37 см.

Рубец на передней брюшной стенке неправильной формы. Матка в тонусе, при пальпации болезненная. В области нижнего сегмента пальпируется рубец на матке в виде бороздки, с истончением в центре 2x4 см, эта зона чувствительна при пальпации.

Положение плода продольное, 2-ая позиция. Головка слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка, 140-146 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка сформирована, длиной 2-2,5 см, смещена кпереди, размягчена. Наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды определяется головка. Подтекают светлые воды. Емкость полости малого таза нормальная.

1. Диагноз и его обоснование?
2. Были ли допущены ошибки в ведении беременной в женской консультации?
3. Какие дополнительные обследования необходимо проводить для постановки диагноза?
4. Ваш план ведения родов, алгоритм оказания неотложной помощи?
5. Какие возможны осложнения в данной ситуации и их профилактика?

### ЗАДАЧА № 3.

Первобеременная Я., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 8 часов назад.

Менструальная функция нормальная, половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было. Соматически здорова.

Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 40 см, рост 166 см, масса тела 72 кг. Положение плода продольное, I позиция, передний вид, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода - 4000 гр. Схватки по 25-30 секунд через 4-5 минут, слабой силы, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, вскрылся при влагалищном исследовании, излилось небольшое количество светлых вод. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз, крестец обращен кпереди и влево, линия интертрохантерика в левом косом размере таза. Емкость таза удовлетворительная, CD - 13 см.

Начата стимуляция родовой деятельности внутривенным введением капельно окситоцина в течение 3 часов, которая эффекта не дала: схватки остаются слабой силы,

короткие, через 4-5 минут по 30 секунд.

1. Диагноз и его обоснование?
2. План ведения родов?
3. Возможные осложнения при тазовом предлежании для матери и плода и их профилактика?
4. Возможные причины формирования тазового предлежания, профилактика данного предлежания?
5. Основные акушерские пособия и операции при оказании помощи при данном предлежании?

#### ЗАДАЧА № 4.

Роженица Л., 28 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью и доношенной беременностью.

Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 25 лет, вес плода 4200. Вторая - закончилась медицинским абортom при сроке беременности 7-8 недель, без осложнений; третья - 2 года назад - медицинский аборт при сроке беременности 8-9 недель. Через неделю после аборта по поводу кровянистых выделений было произведено повторное выскабливание полости матки.

Данная беременность 4-ая, развивалась без осложнений. Схватки начались 4 часа назад, воды излились (по пути в родильный дом), 1 час назад.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 160 см, масса тела 75 кг. По органам без патологии. АД - 110/70 - 120/70 мм рт.ст. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Определяется выраженная шейно-головная борозда между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода - 4200-4300 гр.

Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, сильные, резко болезненные. Симптом Вастена положительный.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, раскрытие 8 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подбородок. Лицевая линия стоит в правом косом размере. Подбородок обращен к правому крестцово-подвздошному сочленению. Крестцовая впадина свободна.

1. Диагноз и его обоснование?
2. План ведения родов?
3. Возможные осложнения в родах при данном вставлении?
4. Ошибки, допущенные в женской консультации при ведении женщины с данной патологией.
5. Прогноз для ребенка при различных методах родоразрешения при рассматриваемой патологии?

#### ЗАДАЧА № 5.

Первобеременная Р., 20 лет, поступила в родильный дом 23 января с жалобами на тошноту, слюнотечение, рвоту до 12 раз в сутки, не связанную с приемом пищи.

В детстве болела корью, скарлатиной.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 3-4 дня, через 21 день, безболезненные, в значительном количестве. Последняя менструация 3/Х. Половая жизнь с 19 лет.

Две недели назад появились тошнота, рвота после еды, которая в последующие дни участилась. За это время потеря массы тела составила 3 кг. Врачом женской консультации женщина направлена в родильный дом.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, суховаты. Телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 56 кг, рост 160 см. АД - 110/60 мм рт.ст., пульс 92 удара в минуту. Тоны сердца несколько приглушены. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены в размерах.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, имеется цианоз слизистой входа во влагалище. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки матки не определяются. Выделения слизистые.

При исследовании крови обнаружено, что гемоглобин 100 г/л, эритроциты 3000.000, белок общий - 70 г/л.

В анализе мочи – ацетон (+++).

1. Диагноз и его обоснование?
2. План лечения, комплекс лечения, предложенные на кафедре акушерства и гинекологии?
3. Основные теории возникновения данного осложнения беременности, основные клинические признаки степени тяжести данного осложнения.
4. Какое влияние оказывает рвота беременных на развитие плода и новорожденного, течение беременности?
5. Критерии выписки беременной из стационара?

### ПК-13

Способность и готовность к выявлению больных инфекционными и неинфекционными болезнями, обусловленными действием биологических, физических и химических факторов.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

1. Миома матки: органосохраняющие варианты лечения, показания
2. Фоновые заболевания шейки матки, варианты лечения
3. Предраковые заболевания шейки матки, лечение
4. Рак шейки матки: этиология, варианты, классификация, лечение
5. Гиперплазия эндометрия: классификация, лечение
6. Рак эндометрия: клиника, варианты, лечение
7. Мастопатия: классификация, лечение
8. Маститы, классификация, лечение
9. Рождающийся субмукозный узел: клиника, лечение
10. Эндометриоз яичников: лечение, варианты противорецидивной терапии
11. Хирургическое лечение миомы матки: показания
12. Угрожающий аборт: клиника, лечение
13. Неполный самопроизвольный аборт, лечение

14. Консервативные методы лечения эктопической беременности
15. Консервативное лечение апоплексии яичника, показания
16. Апоплексия яичника: определение, показания к оперативному лечению, варианты хирургического лечения
17. Нарушенная трубная беременность: варианты прерывания, лечение
18. Ювенильные кровотечения: этиопатогенез, лечение
19. Методы остановки аномальных маточных кровотечений
20. Эндометриоз тела матки: варианты лечения
21. Септический аборт: понятие, принципы интенсивной терапии
22. Трубно-перитонеальное бесплодие, лечение
23. Внутриматочные средства контрацепции: классификация, особенности использования
24. Эндокринные формы бесплодия, лечение
25. Острый вульвит, классификация, лечение

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

#### Задача 1

Первородящая Ж., 22 лет, поступила в родильный дом спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежащая часть-голова. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,17 Гц (130 уд/мин).

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края её тонкие, отверстие открыто на один палец. Плодный пузырь цел, напряжен, расположение головы плода не удается определить из-за опасности раннего вскрытия плодного пузыря.

Вопросы:

Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет темп раскрытия шейки матки?

Характер схваток в первом периоде родов. Плодный пузырь. Ранее отхождение околоплодных вод.

Продолжительность первого периода родов у этой роженицы. Факторы риска плода в родах.

#### Задача 2

Повторнородящая И., 23 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Беременность вторая, первые роды 2 года назад протекали нормально. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД 125/80 мм рт. ст.. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая гол малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище широкое, шейка матки укорочена, края её толстые. Отверстие пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Расположение предлежащей головы плода не определяется из-за опасности раннего разрыва плодного пузыря.

Вопросы: Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Характер раскрытия отверстия матки. Продолжительность и название первого периода родов. Передние и задние околоплодные воды. Когда отхождение вод считается

своевременным? Продолжительность первого периода родов у этой роженицы. Коррекция жизнедеятельности плода в первом периоде родов.

#### Задача 3.

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 16 ч. отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, А/Д 120/ 80 мм. рт. ст. Окружность живота 100см, высота стояния дна матки - 32 см. Размеры таза: 25–28- 30-20 см. Положение плода продольное, предлежащая часть голова плотно вставилась во вход в малый таз, но большая часть ее находится над входом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд.\ в мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к лобковому симфизу, лежит ниже других точек головы.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это? Проводная точка головы плода при этом предлежании.

#### Задача 4.

Первородящая Ч., 23 года находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 15 ч. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Состояние удовлетворительное, АД – 125/ 85 мм.рт.ст. Окружность живота – 99см, высота стояния дна матки – 30 см, размеры таза – 26-29-32-21см. Положение плода продольное, предлежащая головка в полости таза и при наружном исследовании над входом в таз не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд.\мин, слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Крестцовая впадина полностью заполнена головой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов головы плода стоит в прямом размере таза, малый родничок обращен к лобковому симфизу, лежит ниже большого родничка.

Вопросы: Характер предлежащей части и вид предлежания.

В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это. Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина, окружность головы, соответствующая этому размеру? 5. Проводная точка головы плода при этом предлежании.

#### Задача 5.

Первородящая М., 22 года, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 12 ч. Только что отошли воды светлые, в умеренном количестве, околоплодные воды, начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, А/Д 120\70 мм. рт. ст. Окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки – 31 см, размеры таза 25 – 28- 31- 20см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода над входом в таз, определяется незначительная часть головы. сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд \ мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие полное, плодный пузырь вскрыт. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к крестцу, большой - справа, ближе к

лобку. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.

Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании.

Задача 6.

Повторнородящая А., 30 лет находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 9 ч. Только что отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное А\ Д 120\75 мм. рт.ст. Окружность живота – 102 см, высота стояния дна матки – 31 см, размеры таза – 25 – 28- 30- 20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд. в мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, ближе к лобковому симфизу и лежит ниже других точек головы. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании?

Задача 7.

Повторнородящая К., 29 лет находится в родах, начавшихся в срок. Спустя 12 часов от начала регулярных схваток отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное А\ Д 120\70 мм. рт.ст. Окружность живота – 100 см, высота стояния дна матки – 30 см, размеры таза – 26– 29- 31- 21 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода полностью находится в полости таза и при наружном исследовании не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд. в мин.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность лобкового сочленения заняты головой. Легко достигаются только нижний край сочленения, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок определяется справа, обращен к крестцу, большой слева, ближе к симфизу, оба родничка стоят на одном уровне.

Вопросы: Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалищном исследовании. Какие данные подтверждают это? Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру? Проводная точка головы плода при этом предлежании?

Задача 8.



У роженицы М., через 16 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок мужского пола массой 3200г. Голова мальчика долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром в области малого родничка. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

При каком предлежании головы плода произошли описанные роды? Проводная точка головы при этом предлежании. Каким размером головы проходил плод при описанных родах? Измерение этого размера на голове плода. Величина его окружности головы, соответствующей этому размеру.

Задача 9.

У роженицы Л., через 18 часов от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок женского пола массой 3100г. Голова у девочки долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром посередине между большим и малым родничком. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

1. При каком предлежании головы плода произошли описанные роды? 2. Проводная точка головы при этом предлежании. 3. Каким размером головы проходил плод при описанных родах? 4. Измерение этого размера на голове плода. Величина его окружности головы, соответствующей этому размеру.

Задача 10.

Повторнобеременная, повторнородящая, 30 лет, в родах 10 часов.

По данным влагалищного исследования: открытие маточного зева 7-8 см., большой и малый роднички на одном уровне, емкость таза достаточная. Предполагаемая масса плода » 3000 г. В анамнезе затяжные роды, вес ребенка 2900 г.

Диагноз? Особенности течения родов при данной ситуации. Перечислите моменты биомеханизма родов. Что является проводной точкой при данном биомеханизме родов?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

1. Задача.

Больная Т., 31 года поступила в гинекологическое отделение с жалобами на высокую температуру, слабость и боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, через 26 дней, по 5 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2,5 месяца назад. Замужем с 22 лет. Было 4 беременности, 2 из которых завершились нормальными родами без осложнений и 2 – мед.аборта без осложнений. Последний из них был выполнен 8 дней назад. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на следующий день.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный 92 уд. в мин., АД – 120/70. Температура тела 38,2<sup>0</sup>. Молочные железы без уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, равномерно участвует в дыхании, слегка

болезненный над лоном, где определяется дно матки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовая. При осмотре с помощью зеркал шейка матки чистая, из канала шейки матки умеренные кровяные выделения темного цвета и мелкими свертками. Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки рубцово изменена, плотная, наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено соответственно 8-9 недельной беременности, шаровидной формы, плотной консистенции и слегка болезненное при пальпации, влагалищные своды глубокие, придатки не пальпируются.

В общей гемограмме: Нв- 118 г/л, Л-  $8,6 \times 10^9$  / без сдвига в лейкоцитарной формуле, СОЭ-21мм/ч.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Обследование, дифференциальная диагностика. Окончательный диагноз.
3. Нуждается ли пациентка в исследовании мазков из мочеполовой системы на специфическую микрофлору?
4. Есть ли необходимость в проведении инфузионной терапии?

## 2. Задача.

Больная К., 37 лет доставлена в горбольницу с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, головную боль, слабость и повышение температуры до 38-39°. Гинекологические заболевания : год назад остатки плодного яйца после мед.аборта, эндометрит и воспаление придатков. Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Имела 5 беременностей: роды – 1, искусственных аборт- 3 /без осложнений/, самопроизвольный аборт (6 лет назад) - 1 в сроке 10 недель /осложнился повторным выскабливанием полости матки и последующим развитием эндометрита и сальпингоофорита/. Обострение процесса наблюдалось ежегодно, лечилась амбулаторно тем же, что назначалось в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения, появились постоянные боли внизу живота, температура повысилась до 38°, озноб. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт.ст, Т- 37,6°. Молочные железы мягкие. Отделяемого из сосков нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в нижних отделах – слабовыраженный мышечный дефанс /больше слева/, симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: в зеркалах - шейка цилиндрической формы, плотная, из наружного зева гнойные выделения. Перемещение шейки резко болезненное. Тело матки нормальных размеров, плотное, слегка смещено вправо и ограничено в подвижности. Поверхность ее гладкая, при пальпации легкая болезненность. Правые придатки не пальпируются. Слева и кзади от матки - неподвижное болезненное образование неправильной продолговатой формы, неоднородной консистенции, размерами примерно 9x4x4 см, слегка выпячивающее левый свод влагалища.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика, дополнительные методы обследования.
3. Окончательный диагноз и лечение.

## 3. Задача.

Больная В., 39 лет, поступила с жалобами на боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры до 38°. Менархе с 16 лет, через 27 дней, по 6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя нормальная менструация была 12 дней назад. Контрацепцию не применяла, но беременностей не было. Муж обследовался – здоров. Считает себя больной с момента начала половой жизни, когда остро заболела воспалением придатков. Лечилась в стационаре. Болезнь неоднократно обострялась, после госпитализации дважды производили пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. При получении гноя в брюшную полость вводили антибиотики и продолжали консервативное лечение. После менструации и переохлаждения появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, головная боль, повышение температуры до 38,5°, озноб.

Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые розовые. Пульс ритмичный 104 уд/мин, АД – 120/75 мм рт.ст., Т- 39,5°. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, над лоном умеренно напряжен, болезненный при пальпации. Симптом Блюмберга – Щеткина (+). Гинекологическое исследование: При исследовании с помощью зеркал - из канала шейки гнойные выделения без запаха. Бимануально: тело матки и левые ее придатки не пальпируются из-за резкой болезненности. Справа и кзади от матки определяется нижний полюс резкоболезненного образования с нечеткими границами, размерами примерно 12x7x6 см, плотной консистенции с неровной поверхностью, почти неподвижное. Анализ крови: Нв- 118г/л, Л- 13,5x10<sup>9</sup>, СОЭ – 24 мм/час. Произведена пункция пальпируемого за маткой образования через задний свод влагалища и получено 20 мл жидкого, зловонного гноя желто-серого цвета. Больной назначена комплексная консервативная терапия (лед на низ живота, антибиотики, десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия, обезболивающие средства ).

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваше решение о дополнительных методах обследования.

#### 4. Задача.

Больная Ж., 26 лет, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, слабость, тошноту, температуру.

Менархе с 14 лет, через 26 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация неделю назад в срок. Было 3 беременности, 1-ая из которых закончилась срочными родами, 2 последующие – мед.абортами (8 и 11 недель). Последний осложнился острым воспалением придатков матки.

Больна в течение 2 недель, когда после переохлаждения стала отмечать боли внизу живота и слизисто-гнойные выделения из влагалища. Эти явления усилились после менструации, отмечала повышение температуры до 37,6<sup>0</sup>, слабость. Резкое ухудшение наступило 2 дня назад, когда боли приняли резкий характер, появился озноб, температура 39,1<sup>0</sup>. Хирургом диагноз острого аппендицита отвергнут.

Состояние средней тяжести, температура 39<sup>0</sup>. Кожа сухая. Пульс – 112 уд/мин, АД- 120/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпациях во всех отделах определяется резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Блюмберга-Щеткина (особенно в нижнем отделе). Дизурических явлений нет. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу; слизистая преддверия влагалища гиперемирована и особенно вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. В зеркалах – во влагалище гнойный экссудат, с неприятным запахом. Шейка отечная, вокруг наружного зева гиперемия, из канала шейки слизисто-гнойные выделения зеленоватого цвета. Бимануально : пропальпировать матку и придатки невозможно из-за резкой

болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Анализ крови: Нв – 120г/л, Л-16,8x10<sup>9</sup>, СОЭ – 15 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз? О какой причине Вы подумаете в первую очередь?
2. Какие исследования позволят определить специфику заболевания (возбудителя).
3. Сформулируйте полный клинический диагноз, если в мазках из цервикального канала и уретры будут выявлены гонококки Нейссера?

#### 5. Задача.

Больная С., 29 лет, поступила на обследование по поводу бесплодия в браке. Кроме этого отмечает слабость, утомляемость, потливость и температуру (37,2-37,4°), ноющие боли внизу живота. Имела контакт с туберкулезной больной по работе.

Менструации с 12 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, обильные и умеренно болезненные. Последние 3 года отмечает задержки менструаций до 8-10 дней. Беременностей не было. По данным многомесячного измерения базальной температуры у женщины имеется овуляторный менструальный цикл. Муж обследован – здоров. Через 4 года после начала половой жизни проходила обследование по бесплодию (ГСГ). Маточные трубы оказались с обеих сторон четкообразно утолщены и непроходимы для контраста. Неоднократно проводилось противовоспалительное лечение в условиях женской консультации.

Состояние при поступлении удовлетворительное, умеренная бледность кожных покровов и слизистых. Пульс 78 уд/мин, АД- 110/70 мм рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу; В зеркалах – слизистые влагалища и шейки розовые, чистые, наружный зев округлой формы, точечный, отделяемого нет. Бимануально: шейка конической формы, матка в anteflexio, маленькая, плотная, подвижна, безболезненная. Придатки с обеих сторон четкообразно утолщены, плотной консистенции и ограничены в подвижности, пальпация слабо болезненная.

1. Какой предварительный диагноз? Какова этиология первичного бесплодия?
2. Какие дополнительные исследования Вы назначите больной для уточнения диагноза?