

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский институт им. Н.В. Склифосовского
Центр медицинского послевузовского образования



УТВЕРЖДАЮ
Министр здравоохранения ПМР
К.В.Албул
12 2025г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом института

протокол № 5
от «25» 12 2025г.
Председатель
Ученого совета института
Г.Н.Самко



**ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского
профессионального образования- программы ординатуры**

Специальность 31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Квалификация выпускника: врач – акушер- гинеколог

Трудоемкость: 108 часов-33.е.

Сроки проведения: с 29 июня 2026г. по 11 июля 2026г.

Тирасполь, 2025

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 660 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии протокол № 4 от «15» ноября 2025 г.

Заведующий кафедрой Хирургии А.А. Ботезату

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК Медицинского института им. Н.В. Склифосовского

«4» 12 2025 г. (протокол № 5)

Председатель УМК И.Б. Левицкая

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС Медицинского института им. Н.В. Склифосовского

«25» 12 2025 г. (протокол № 5)

Председатель УС Г.Н. Самко

Программу составили:

к.м.н., доцент О.С. Чебан

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
 - 4.1. Форма итоговой государственной аттестации.
 - 4.2. Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
 - 4.3. Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
 - 6.1. Критерии оценки практических навыков и умений.
 - 6.2. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
 - 6.3. Критерии оценки квалификационного экзамена в форме тестирования.
7. Содержание государственного экзамена.
 - 7.1. Оценка практических навыков.
 - 7.2. Контрольные вопросы для государственного экзамена. Перечень теоретических вопросов.
 - 7.3. Примерный перечень тестов для проведения квалификационного экзамена, в форме тестирования прилагается
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - акушер-гинеколог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» завершается присвоением квалификации "врач - акушер-гинеколог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;
- б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи - ПК6;

2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4.Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1.Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе послевузовского профессионального образования- программы ординатуры 31.08.01 «Акушерство и гинекология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2.Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов)

- сдачу государственного экзамена.

4.3.Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование проводится для получения результатов освоения образовательной программы, которых имеют определяющее значение в дальнейшей профессиональной деятельности, а также для получения сертификата специалиста с целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности. Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа). Тестирование проводится вручную на бумажных носителях распечатанных для каждого обучающегося.

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из ответов на вопросы по практическим навыкам и умениям, приобретенным в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Акушерство и гинекология с целью определения сформированности профессиональных компетенций обучающегося, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА обучающемуся выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирования	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2,
2 этап - оценка практических навыков и умений	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
3 этап – устный экзамен по дисциплине	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться за 6 месяцев с программой ИГА.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, в период практической подготовки ординаторов на базе практики.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения

тестов оценивается по яибальной системе:

- 59% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 60% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных

вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

6.3. Подведение итогов 3 этапа квалификационного экзамена в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по яибалльной системе:

- 59% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
 - 60% - 70% - «удовлетворительно»;
 - 71% - 84% - «хорошо»;
 - 85% - 100% - «отлично».

7. Содержание государственного экзамена

- 7.1. Тестирование: Приложение 1
 - 7.2. Практические навыки: Приложение 2
 - 7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

11. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Схемы лечения. Акушерство и гинекология. Москва, «Литтерра», 2015г.
12. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для студентов мед. вузов. – СПб: «Специальная литература», 2002. – 527 с.
13. Радзинский В.Е., Минаева А.В., Новгинов Д.С. Акушерство и гинекология. Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2019г.
14. Каптильный В.А., Беришвили М.В., Мурашко А.В. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом. Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г.

Дополнительная литература:

1. Абрамченко В.В. Акушерские операции. СПб. Нордмед. Издат. 2005 г.
2. Абрамченко В.В. Бременность и роды высокого риска. М. Миа. 2004 г.
3. Бивол Г.В. Репродуктивное здоровье (практическое пособие), Кишинев, 2010.
4. Вартапетова Н.В. Клинические акушерские протоколы, Москва, РУДН, 2015. <https://umedp.ru/upload/iblock/af9/af914f0e36aeb647806de8ae60a23e00.pdf>
5. Макацария А.Д. ДВС-синдром в акушерстве, Москва, «Медицина» 2011. <https://www.gynecology.su/jour/article/viewFile/625/780>
6. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. М. ГЭОТАР. Медиа. 2007 г.
7. Репина М.А. Преэклампсия и материнская смертность. Изд. Дом СПб, 2005 г.
8. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М. Триадах, 2009 г.
9. Смородинова Л.А. Акушерский фантом, Петрозаводск П/У, 2002.
10. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность, Москва, «М» 2014.
11. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология (клинические лекции). Москва. «ГЭОТАР-Медиа», 2017г.
12. Закон ПМР Об основах охраны здоровья граждан №885-ЗИД-IV (текущая редакция по состоянию на 25 октября 2018 года)
13. Закон N 71-З-В ПМР от 16. 05.2012 «Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи». <http://www.minzdravpmr.org/node/213>
14. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебн.пособие: В 2 т. / Н.П.Шабалов. — Т. I. — 3-еизд., испр. и доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2004. — 608 с. : илл.

Информационное обеспечение:

1. Электронная библиотека ПГУ: <http://spsu.ru/files-pgu.html>;
2. Научная электронная библиотека: <http://library.ru/default.Asp>
3. Образовательный портал ПГУ <http://moodle.spsu.ru/enrol/index.php?id=3464>
4. <http://minzdrav.gospmr.org/>
5. Рубрикатор клинических рекомендаций РФ <http://cr.rosminzdrav.ru/>
6. Справочники MSD <https://www.msdmanuals.com/ru>
7. Система поддержки врачебных решений <http://www.uptodate.com>
8. Ведущее глобальное онлайн-направление для врачей и специалистов в области здравоохранения во всем мире.(MedscapefromWebMD) <http://www.medscape.com>
9. Агентство по исследованиям и качеству в здравоохранении (NationalGuidelineClearinghouse) <https://www.guideline.gov/>
10. Поддержка клинических решений для медицинских работников (ClinicalKnowledgeSummaries (CKS)) <http://prodigy.clarity.co.uk/>
11. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) <http://www.who.int>
12. Центральная Научная Медицинская Библиотека <http://www.scsml.rssi.ru/>
13. Российская Национальная Библиотека С.-Пб. <http://www.nlr.ru/nlr/location.htm>
14. ФГБУ Государственный научно – исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России: <http://www.gnicpm.ru>;

15. Образовательная платформа PabMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Академия Google (<https://scholar.google.ru/schhp?hl=ru>), Кокрановская библиотека (<https://www.cochranelibrary.com/>).

Приложение 1

- 1. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной коньюгаты менее**
 1. 12 см
 2. 11,5 см
 3. 11 см
 4. 10,5 см
 5. 10 см
- 2. Указанные особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз; некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз; асинклитическое вставление головки плода (чаще задне-теменной) асинклитизм характерны для следующей формы анатомически узкого таза**
 1. просто плоского
 2. плоскорахитического
 3. общеравномерносуженного
 4. поперечносуженного
- 3. Клинически узкий таз – это**
 1. одна из форм анатомически узкого таза
 2. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
 3. несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
- 4. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят**
 1. путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода
 2. с помощью атипичных акушерских щипцов
 3. путем кесарева сечения
 4. с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами
 5. с применением рассечения шейки матки и промежности
- 5. При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме**
 1. нарушения задней спайки
 2. повреждения стенок влагалища
 3. повреждения мышц промежности
 4. повреждения наружного сфинктера прямой кишки
 5. повреждения кожи промежности
- 6. Для общеравномерносуженного таза характерно**
 1. уменьшение только прямого размера входа в малый таз
 2. одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
 3. удлинение крестца
 4. правильно б) и в)
 5. все перечисленное
- 7. Если анатомически узкий таз сочетается с задне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести**
 1. консервативно
 2. в зависимости от формы анатомически узкого таза
 3. в зависимости от массы тела плода
 4. только путем кесарева сечения
- 8. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является**
 1. подъязычная кость
 2. подбородок
 3. нос
 4. лоб
 5. верхняя челюсть

9. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая («башенная») конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании

1. затылочном, передний вид
2. затылочном, задний вид
3. переднеголовном
4. лобном
5. лицевом

10. В течение какого минимального промежутка времени при динамическом наблюдении можно диагностировать слабость родовой деятельности:

1. 1 - 2 часа.
2. 3 - 4 часа.
3. 5 - 6 часов.

11. У 23-х летней женщины наблюдается аменорея в течение 6 недель. Общее обследование не выявило никакой патологии. Что необходимо сделать?

1. Исследовать ХГЧ в крови.
2. Общий анализ крови.
3. Наблюдать за женщиной в течение 1-2 недель.
4. Исследовать гонадотропные гормоны гипофиза.

12. Следующий биомеханизм родов: сгибание головки плода во входе в малый таз; внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди; разгибание головки характерен для предлежания:

1. переднеголовного
2. лобного
3. лицевого
4. затылочного, передний вид
5. затылочного, задний вид

13. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабое шевеление плода. Срок беременности - 35-36 недель, дно матки - между пупком и мечевидным отростком, сердцебиение плода глухое, ритмичное, на ногах отеки, прибавка в весе - 10 кг. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации?

1. гормональный метод исследования (определение эстриола);
2. кардиотокография с использованием функциональных проб;
3. метод наружного акушерского исследования;
4. УЗИ с допплером
5. все вышеперечисленное.

14. При осмотре родившегося последа обнаружены сосуды, обрывающиеся в оболочках. Ваш диагноз:

1. Дефект ткани плаценты.
2. Преждевременная отслойка плаценты.
3. Оболочечное прикрепление пуповины.
4. Плацента при родах двойней.

15. У беременной, лежащей на спине, внезапно появилась бледность кожных покровов, липкий пот, снизилось артериальное давление, затруднилось дыхание. Какова причина этого состояния?

1. отслойка плаценты
2. разрыв матки
3. синдром сдавления нижней полой вены
4. эмболия околоплодными водами

16. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая («башенная») конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании:

1. затылочном, передний вид
2. затылочном, задний вид
3. переднеголовном

4. лобном
5. лицевом

17. Беременность 28 нед., отеки голеней, передней брюшной стенки, АД 170/110 мм рт. ст., протеинурия 0,1 г/л. Диагноз:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Презклампсия умеренной степени
3. Презклампсия тяжелой степени

18. Беременность 29 нед., генерализованные отеки, АД 190/100 мм. рт. ст., протеинурия 5,0 г/л, гипотрофия плода 3 степени. Диагноз:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Презклампсия умеренной степени
3. Презклампсия тяжелой степени

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

1. на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 1-2 недели
2. на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 3-4 недели
3. начать родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения

20. Беременность 37 недель. Презклампсия умеренной степени тяжести. Предполагаемая масса плода - 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо:

1. пролонгировать беременность на 1-2 недели
2. начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов
3. провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре
4. произвести родоразрешение путем кесарева сечения

21. Роженица 26 лет. Роды вторые. Первая беременность закончилась срочными родами, в послеродовом периоде был эндометрит. Схватки слабые, короткие. Поступила с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей, предлежащая головка над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: за внутренним зевом определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Что делать?

1. продолжить консервативное ведение родов;
2. вскрыть плодный пузырь;
3. приступить к операции кесарева сечения;
4. вскрыть плодный пузырь и усилить родовую деятельность внутривенным введением окситоцина;
5. ничего из вышеперечисленного.

22. У беременной с умеренной презклампсией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Акушерская тактика:

1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. правильно 1) и 4)

23. Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла асимметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в полости малого таза. Что делать?

1. срочно приступить к операции кесарева сечения;
2. вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. провести лечение острой гипоксии плода;

5. провести стимуляцию родовой деятельности.

24. Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов в отсутствие признаков отделения плаценты:

1. ввести средства, вызывающие сокращение матки;
2. применить метод Креде-Лазаревича;
3. применить прием Абуладзе;
4. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
5. ввести спазмолитические средства.

25. У роженицы внезапный озноб, цианоз лица, боли за грудиной, одышка, тахикардия, АД 80/60 мм. рт. ст. Предположительный диагноз:

1. Преждевременная отслойка плаценты.
2. Гипотоническое кровотечение.
3. Токсико-инфекционный шок.
4. Эмболия околоплодными водами.
5. Эклампсия.

26. При послеродовой кровопотере 1000 мл установлено: АД 70/40 мм рт.ст. пульс 130 в 1 мин, бледность, холодный пот, олигурия. Диагноз:

1. геморрагический шок I степени
2. геморрагический шок II степени
3. геморрагический шок III степени

27. Тактика врача в случае появления децелераций на кардиотокограмме при сроке беременности 41 нед. и наличии не «зрелой» шейки матки:

1. выполнение амиотомии и ведение родов под кардиомониторным контролем;
2. лечение гипоксии плода внутривенным введением курантила с последующим динамическим кардиотокографическим контролем;
3. родоразрешение путем кесарева сечения;
4. любое из перечисленных выше действий;
5. ничего из перечисленного выше.

28. Проведен тур родовызвивания без эффекта по поводу перенашивания беременности у соматически здоровой женщины. ПМП-3550 г. Головное предлежание, состояние плода удовлетворительное. Дальнейшая тактика:

1. Кесарево сечение.
2. Родовызвивание окситоцином через 24 часа.
3. Родовызвивание простогландинами с ранней амиотомией

29. Доношенная беременность. Двойня. Первый плод в тазовом предлежании, второй плод в головном предлежании. Начало I периода родов. Тактика ведения:

1. Выжидаленная.
2. Родостимуляция.
3. Кесарево сечение.

30. Доношенная беременность. Двойня. Оба плода в поперечном положении. Излились околоплодные воды. Тактика ведения:

1. Родостимуляция.
2. Выжидаленная.
3. Кесарево сечение.
4. Поворот первого плода на ножку.

31. После рождения первого плода в матке обнаружен второй плод в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 уд./мин. Воды второго плода не изливались. Что делать?

1. уточнить позицию второго плода;
2. произвести влагалищное исследование;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. произвести наружно-внутренний акушерский поворот;
5. все вышеперечисленное.

32. Повторнобеременная со сроком беременности 32 недели поступила в отделение патологии беременности. Поперечное положение плода. Жалобы на тянувшие боли внизу живота. Матка возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд./мин. При влагалищном исследовании: шейка матки слегка укорочена, цервикальный канал

пропускает кончик пальца, предлежащая часть не определяется. Акушерская тактика:

1. кесарево сечение;
2. наружный поворот плода;
3. мероприятия, направленные на сохранение беременности;
4. родовозбуждение с последующим наружно-внутренним поворотом плода и экстракцией;
5. амниотомия.

33. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение:

1. комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией
2. наружного акушерского поворота плода на головку
3. родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот плода
4. операция кесарева сечения

34. I период родов, ПМП - 3800 г. Тазовое предлежание. Сердцебиение 100 в 1 мин, приглушено, открытие зева 8 - 9 см, плодный пузырь цел. Предлежат стопки. Мыс недостижим. Тактика:

1. Извлечение плода за тазовый конец.
2. Родостимуляция.
3. Кесарево сечение.

35. У повторно беременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Тактика ведения:

1. ранняя амниотомия и родовозбуждение
2. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. экстракция плода за тазовый конец

36. При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения:

1. амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина
2. кесарево сечение в плановом порядке
3. роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
4. роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков
5. правильно в) и г)

37. Повторнородящая доставлена в родильное отделение по поводу срочных родов. Предлежит тазовый конец, родовая деятельность активная. В процессе исследования излились околоплодные воды, после чего сердцебиение плода стало редким, до 90 уд./мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается ножка плода и выпавшая пуповина, ягодицы плода во входе таза. Что должен предпринять врач, ведущий роды?

1. заправить пуповину, продолжить консервативное ведение родов;
2. провести профилактику начавшейся асфиксии плода;
3. приступить срочно к родоразрешению путем операции кесарева сечения;
4. произвести экстракцию плода за тазовый конец.
5. все вышеперечисленное.

38. В женскую консультацию обратилась женщина 26 лет с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, небольшие тянувшие боли внизу живота. При влагалищном исследовании определяется матка, увеличенная до 8 недель беременности, цервикальный канал закрыт, придатки без особенностей.

Ваш диагноз:

1. беременность 8 недель, угрожающий выкидыш;
2. неразвивающаяся беременность;

3. внематочная беременность;
4. миома матки;
5. неполный аборт.

39. Что является характерным для переношенной беременности?

1. Уменьшение окружности живота.
2. Уменьшение высоты дна матки.
3. Нет нарастания массы тела беременной.
4. Фетоплацентарная недостаточность.
5. Увеличение окружности живота.

40. Проведен тур родовызывания без эффекта по поводу перенашивания беременности у соматически здоровой женщины. ПМП-3550 г. Головное предлежание, состояние плода удовлетворительное. Дальнейшая тактика:

1. Кесарево сечение.
2. Родовызывание окситоцином через 24 часа.
3. Амниотомия + родовызывание энзапростом через 24 часа

41. Оптимальные сроки хирургического лечения (наложение швов на шейку матки) при истмико - цервикальной недостаточности:

1. 6-8 недель.
2. 10-12 недель.
3. 14-16 недель.
4. 18-20 недель.
5. 20-22 недели.

42. Что является противопоказанием к проведению токолитической терапии при преждевременных родах?

1. Масса плода 1000 - 2500 г.
2. Целый плодный пузырь.
3. Открытие маточного зева 5 - 6 см.
4. Живой плод.
5. Отсутствие острой и хронической инфекции.

43. У каких беременных показано углубленное обследование на токсоплазмоз?

1. При раннем гестозе.
2. У первобеременных старше 30 лет.
3. У курящих беременных.
4. При анемии беременных.
5. При привычном выкидыше.

44. Какие из перечисленных признаков беременности являются достоверными?

1. Движение плода в матке, ощущаемое беременной.
2. Цианоз шейки матки и слизистой влагалища.
3. Шумы в матке.
4. Определение частей плода.
5. Определение в моче ХГ.

45. Прямой размер головки плода равен:

1. 10,5 см.
2. 8,5 см.
3. 12,0 см.
4. 11,5 см.
5. 11,0 см.
6. 13,0 см.

46. Какой из размеров малого таза увеличивается в родах у первородящих на 1,5-2 см?

- 1.Правый и левый косой размер плоскости входа в малый таз.
- 2.Прямой, плоскости широкой части малого таза.
- 3.Прямой, плоскости узкой части малого таза.
- 4.Поперечный, плоскости узкой части малого таза.
- 5.Прямой, плоскости выхода из малого таза.
- 6.Поперечный, плоскости выхода из малого таза.

47. Наиболее достоверным методом определения размера истинной коньюгаты является:

1. Вычисление из диагональной коньюгаты.
 2. Вычисление методом продольного сканирования.
 3. Вычисление по наружной коньюгате.
 4. Вычисление по размерам ромба Михаэлиса.
- 48. Свершившийся разрыв матки характеризуется:**
1. внезапным прекращением родовой деятельности
 2. частыми болезненными схватками
 3. слабыми нерегулярными схватками
- 49. Что называется своевременным излитием околоплодных вод? Излитие их при:**
1. Раскрытии маточного зева более 6-7 см.
 2. Раскрытии маточного зева до 6 см.
 3. Полном раскрытии маточного зева.
- 50. Физиологическая кровопотеря в родах - это кровопотеря:**
1. Не более 0,5% от массы тела.
 2. Не более 0,6 - 0,8% от массы тела.
 3. Не более 500 мл.
- 51. Какой из показателей не входит в классификацию разрыва матки?**
1. По времени
 2. По патогенетическому признаку
 3. По клиническому течению
 4. По характеру повреждения
 5. По локализации
 6. По силе воздействия
- 52. Какова длительность раннего послеродового периода?**
1. Первые 2 - 4 часа после родов.
 2. Первые сутки после родов.
 3. Первые 6 часов после родов.
 4. Первые 6 суток после родов.
- 53. Какие особенности наиболее характерны для лабораторных данных при чрезмерной рвоте беременных?**
1. Ацетон в моче.
 2. Гипергликемия.
 3. Увеличение СОЭ.
 4. Протеинурия.
 5. Цилиндрурия.
 6. Азотемия.
- 54. Для газового предлежания при наружном акушерском исследовании не характерно:**
1. Высокое расположение дна матки
 2. Баллотирующая часть в дне матки
 3. Сердцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка.
 4. Баллотирующая часть над входом в малый таз.
 5. Высокое расположение предлежащей части.
- 55. Для зрелой шейки матки характерно:**
1. Расположение ее по проводной оси таза.
 2. Размягчение на всем протяжении.
 3. Проходимость цервикального канала для 1-1,5 пальца.
 4. Укорочение шейки до 1-1,5 см.
 5. Все вышеперечисленное.
- 56. Чаще всего причиной отслойки нормально расположенной плаценты является:**
1. Сильные схватки.
 2. Удар в живот.
 3. Преэклампсия.
 4. Короткая пуповина.
 5. Преждевременное излитие вод.
- 57. Укажите основной фактор этиологии синдрома Шихана:**
1. Гипотиреоз.

2. Некротические изменения adenогипофиза в результате геморрагического шока в родах.
3. Менингоэнцефалит.
4. Гипофизарное ожирение.
5. Наследственный фактор.

58. При длительном прелиминарном периоде /более 36 часов/ необходимо:

1. Провести родовызыывание с последующей родостимуляцией.
2. Предоставить беременной медикаментозный сон.
3. Назначить сульфат магния в/в капельно.
4. Не вмешиваться в естественный ход событий.

59. В состав инфузионной терапии, применяемой для лечения рвоты беременных, входят:

1. растворы, содержащие электролиты и микроэлементы;
2. белковые препараты;
3. растворы, улучшающие микроциркуляцию,
4. дезинтоксикационные препараты;
5. все перечисленные выше инфузионные среды.

60. О тяжести токсикоза первой половины беременности свидетельствуют все

перечисленные ниже симптомы, кроме:

1. уменьшения массы тела,
2. наличия ацетона в моче;
3. гипотонии;
4. головной боли;
5. субфебрильной температуры

61. Патогенетическими механизмами возникновения преэклампсии являются:

1. гиповолемия, нарушения микроциркуляции;
2. нарушения маточно-плацентарного кровообращения;
3. хроническое диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови;
4. изменения белкового и водно-электролитного баланса;
5. все перечисленное выше

62. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

1. формированием матки Кювелера.
2. Интранатальной гибелью плода.
3. Развитием ДВС-синдрома.
4. Геморрагическим шоком.
5. Всем выше перечисленным.

63. Каковы характерные изменения глазного дна при недлительно протекающем позднем гестозе (чаще встречающаяся картина)?

1. Расширение вен.
2. Расширение артерий и спазмы вен.
3. Отслойка сетчатки.
4. Мелкие кровоизлияния.
5. Спазм артерий и расширение вен.

64. У беременной с преэкламсией в срок 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Акушерская тактика.

1. Интенсивная терапия и сохранение беременности.
2. Родовозбуждение и родостимуляция.
3. Кесарево сечение.
4. Применение токолитиков.
5. Правильно 1 и 4.

65. При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности:

1. 8-12 недель;
2. 16-20 недель;
3. 28-32 недель;
4. 36-40 недель.

66. При развитии матки Кювелера возможно:

1. образование ретроплацентарной гематомы;
2. инфильтрация мышечного слоя кровью;

3. нарушение сократительной функции матки;
4. формирование ДВС-синдрома;
5. все перечисленное выше.

67. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1. в женской консультации;
2. в приемном покое родильного дома;
3. в родильном отделении и только при развернутой операционной;
4. в любых условиях;
5. не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения.

68. При каком минимальном открытии маточного зева можно диагностировать полное и неполное предлежание плаценты:

1. 2-3 см;
2. 4-5 см;
3. 6-7 см;
4. Полном открытии маточного зева.

69. У беременной, лежащей на спине, внезапно появилась бледность кожных покровов, липкий пот, снизилось артериальное давление, затруднилось дыхание. Какова причина этого состояния?

1. отслойка плаценты;
2. Разрыв матки;
3. Синдром сдавления нижней половой вены;
4. эмболия околоплодными водами.

70. Какие первоочередные мероприятия проводятся в родах при неполном предлежании плаценты с целью предотвращения ее дальнейшей отслойки?

1. родостимуляция;
2. амниотомия;
3. Спазмолитическая терапия;
4. седативная терапия;
5. Гемостатическая терапия

71. Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов является:

1. нарушение в системе гемостаза;
2. частичное плотное прикрепление плаценты;
3. приращение плаценты;
4. разрыв шейки матки;
5. дефект последа.

72. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

1. разрыва шейки матки I и II степени;
2. продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую;
3. наличия рубца на матке;
4. сомнения в целости плаценты;
4. подозрения на разрыв матки.

73. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве:

1. местный гемостаз;
2. предотвращение нарушений системы гемостаза;
3. восстановление ОЦК и микроциркуляции;
4. профилактика дыхательной недостаточности;
5. все перечисленное выше.

74. Коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено:

1. массивной кровопотерей и геморрагическим шоком;
2. наличием исходной патологии системы гемостаза;
3. преждевременной отслойкой плаценты в родах;
4. Длительной задержкой мертвого плода в полости матки;
5. всеми перечисленными выше факторами.

75. Наиболее частой причиной возникновения предлежания плаценты являются:

1. Аномалии развития матки.
2. Воспалительные процессы гениталий.
3. Миома матки.
4. Эндометриоз.
5. АбORTы.

76. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом:

1. (число женщин, умерших в родах) / (число родов) $\times 100\ 000$
2. (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель) / (число родившихся живыми и мертвыми) $\times 100\ 000$
3. (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми) $\times 100\ 000$
4. (число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода) / (число родившихся живыми и мертвыми) $\times 100\ 000$
5. (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число родившихся живыми и мертвыми) $\times 100\ 000$

77. У повторно беременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода – 3900 г. Тактика ведения.

1. Ранняя амниотомия и родовозбуждение.
2. Ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков.
3. Кесарево сечение.
4. Применение токолитиков.
5. Экстракция плода за тазовый конец.

78. Роженица находится в третьем периоде родов, роды произошли 10 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. Признак Чукалова-Кюстнера положительный. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве. Что делать?

1. ввести метилэргометрин;
2. ждать самостоятельного рождения последа;
3. произвести ручное выделение последа;
4. выделить послед наружными приемами;
5. положить лед на низ живота.

79. Возникновению самопроизвольных разрывов шейки матки способствует:

1. ригидность шейки матки.
2. Изменения, связанные с предшествующими воспалительными процессами и травмами шейки матки.
3. Крупный плод.
4. Экстракция плода за тазовый конец.
5. Все перечисленное.

80. Первородящая женщина 30 лет поступила в отделение патологии беременности с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, нарушение сна. АД – 150/90 мм рт. ст., в моче - белок, голени пастозны. Срок беременности - 37 недель, предлежание головное, сердцебиение плода ясное, до 140 уд/мин. Ваш диагноз:

1. водянка беременной;
2. преэклампсия;
3. эклампсия;
4. ничего из вышеперечисленного.

81. Роженица 26 лет. Роды вторые. Первая беременность закончилась срочными родами. Схватки слабые, короткие. Поступила с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей, предлежащая головка над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: за внутренним зевом определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Что делать?

1. продолжить консервативное ведение родов;
2. вскрыть плодный пузырь;

3. приступить к операции кесарева сечения;
4. вскрыть плодный пузырь и усилить родовую деятельность внутривенным введением окситоцина.

82. При послеродовой кровопотере 1000 мл установлено: АД 90/70 мм рт. ст. пульс 120 в 1 мин, бледность, холодный пот, олигурия. Диагноз:

1. геморрагический шок I степени
2. геморрагический шок II степени
3. геморрагический шок III степени

83. Перечисленные факторы являются предрасполагающими к гипотоническому кровотечению, кроме:

1. Крупный плод
2. Многочисленные беременности в анамнезе
3. Многоплодие
4. Слабость родовой деятельности
5. Тазовое предлежание.

84. Какие симптомы, из описанных ниже, не указывают на потенциальную опасность для беременной женщины?

1. Влагалищное кровотечение
2. Сильная головная боль
3. Внезапное нарушение зрения
4. Отек стоп к концу дня
5. Подтекание околоплодных вод.

85. К пособию по методу Цавьянова при чистом ягодичном предлежании плода приступают, когда:

1. Прорезывается передняя ягодица
2. Прорезывается задняя ягодица
3. Плод рождается до пупочного кольца
4. Плод рождается до угла лопаток
5. Прорезываются обе ягодицы

86. Осложнением родов в тазовом предлежании плода является:

1. Несвоевременное излитие околоплодных вод
2. Слабость родовой деятельности
3. Разгибание головки
4. Запрокидывание ручек
5. Все ответы правильны

87. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1. Внезапность возникновения
2. Повторяемость
3. Безболезненность
4. Различная интенсивность
5. Все вышеперечисленное

88. Характерными признаками тотального плотного прикрепления плаценты является:

1. Боль в животе
2. Кровотечение
3. Высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4. Отсутствие признаков отделения плаценты.

89. Применяемые виды операции наложения щипцов в настоящее время:

1. Полостные и выходные.
2. Полостные и высокие.
3. Высокие, полостные, выходные.

90. Контрацептивный эффект при применении эстроген-гестагенных препаратов достигается:

1. за счет подавления овуляции
2. за счет изменений атрофического характера и эндометрии
3. снижается сократительная активность маточных труб
4. снижается активность и пенетрационная способность сперматозоидов

91. Назначение гестагенов для терапии эндометриоза приводит

1. к остановке роста гетеротопий
2. появлению секреторных изменений и децидуальной реакции
3. развитию некробиоза
4. развитию пролиферативных изменений

92. К посттравматическим процессам шейки матки относят:

1. эктропион
2. цервициты
3. рубцовые изменения
4. эндоцервикоз

93. Перечислите показания к пункции брюшной полости через задний свод влагалища:

1. прогрессирующая трубная беременность
2. подозрение на перекрут ножки опухоли
3. апоплексия яичника, болевая форма
4. подозрение на внутрибрюшное кровотечение

94. Тактика ведения при прогрессирующей трубной беременности:

1. динамическое наблюдение на фоне инфузионной терапии
2. пункция брюшной полости через задний свод влагалища, после чего решить вопрос о дальнейшей тактике ведения
3. оперативное лечение в плановом порядке
4. оперативное лечение в экстренном порядке

95. Какой метод диагностики может служить скринингом для раннего выявления предрака и рака эндометрия?

1. цитологический
2. ультразвуковой
3. эндоскопический
4. кольпоскопический

96. Для хориокарциномы характерно все перечисленное ниже, кроме:

1. обязательной связи с маточной или внематочной беременностью;
2. раннего и быстрого метастазирования;
3. рецидивирующих ациклических кровянистых, выделений из половых путей;
4. метастазов в большой сальник;
5. образования тека-лютеиновых кист яичников.

97. Для выявления патологии шейки матки скрининг методом является:

1. визуальный осмотр
2. кольпоскопия
3. радионуклидный метод
4. цитологическое исследование мазков с шейки матки

98. Экстренные операции по поводу доброкачественных опухолей яичников проводят при:

- 1) при перекрутке ножки кисты
- 2) больших размерах опухоли
- 3) разрыве капсулы
- 4) при жидкостном содержимом

99. Для острого эндометрита не характерно:

1. Наличие болей внизу живота.
2. Повышение температуры тела.
3. Увеличение матки.
4. Наличие однократной рвоты и наличие положительного симптома Щеткина-Блюмберга.
5. Появление серозно-гнойных выделений.

100. Для какого заболевания характерна гистерограмма: изменены контуры маточных труб, состоящие как бы из отдельных сегментов, отмечается чередование суженных участков с расширенными, трубы приобретают четкообразный вид?

1. Эндометриоз труб.
2. Гидросальпинкс.
3. Инфантилизм.
4. Туберкулез маточных труб.

7.1. Практические навыки

Приложение 2

1. Плоскости малого таза, границы и размеры каждой плоскости. Проведите пельвиометрию.
2. Приемы Леопольда. Цель каждого приема.
3. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
4. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
5. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.
6. Биомеханизм родов при лбном предлежании.
7. Биомеханизм родов при лицевом предлежании.
8. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
9. Пособие по Цовьянову.
10. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании.
11. Экстракция плода за тазовый конец. Показания. Техника операции.
12. Вакуум-экстракцию плода.
13. Операция наложения выходных акушерских щипцов.
14. Операция наложения полостных акушерских щипцов.
15. Головка в широкой части полости малого таза, I позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
16. Головка большим сегментом во входе в малый таз, II позиция, передний вид. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
17. Головка малым сегментом во входе в малый таз, I позиция, передний вид. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
18. Головка в узкой части полости малого таза, II позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
19. Головка в плоскости выхода малого таза. Передний вид затылочного предлежания. Воспроизведите данную акушерскую ситуацию.
20. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа несколько ниже малого, стреловидный шов в поперечном размере.
21. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к лону.
22. Определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки.
23. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок у крестца, большой под лоном, стреловидный шов в прямом размере.
24. Определение срока беременности и даты родов.
25. Определение степени «зрелости» шейки матки.
26. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности.
27. Введение акушерского пессария. Показания, противопоказания, техника процедуры.
28. Амниотомия. Показания, противопоказания, техника процедуры.
29. Ручное отделение и выделение последа.
30. Ручное обследование полости матки и наружно-внутренний массаж матки.
31. Осмотр плаценты и плодных оболочек.
32. Осмотр шейки матки в зеркалах и родовых путей.

33. Зашивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности.
34. Операция кесарева сечения.
35. Вакуум-аспирация содержимого полости матки.
36. Проведение и интерпретация антенатальной и интранатальной КТГ.
37. Оценки новорожденного по шкале Апгар.
38. Диагностика инволюции матки.
39. Интерпретация результатов ультразвукового исследования плода при различных сроках беременности.

Гинекология:

40. Проба Шиллера. Биопсия шейки матки. Показания. Техника операции.
41. Марсупиализация бартолиновой железы. Показания. Техника операции.
42. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показания. Техника операции.
43. Искусственное прерывание беременности в I триместре. Показания. Условия для проведения операции. Этапы операции.
44. Медикаментозное прерывания беременности в 1 триместре. Показания, противопоказания, этапы консультирования, схемы препаратов, побочные эффекты, осложнения.
45. Резекция яичника. Показания. Этапы операции.
46. Раздельное диагностическое выскабливание. Показания. Противопоказания. Этапы операции.
47. Удаление придатков матки (Аднексэктомия). Показания. Этапы операции.
48. Удаление маточной трубы (Тубэктомия). Показания. Этапы операции.
49. Тесты функциональной диагностики.
50. Лапароскопия. Показания. Противопоказания. Этапы операции операции.
51. Надвлагалищная ампутация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Этапы операции.
52. Экстирпация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Этапы операции.
53. Влагалищно-брюшнostenочное и ректо-вагинальное исследования гинекологической больной.
54. Осмотр шейки матки в зеркалах и взятие мазков для бактериологического и цитологического исследования из цервикального канала, влагалища и уретры.
55. Кольпоскопия, расширенная кольпоскопия. Показания, этапы проведения, терминология, заключение.
56. Прицельная биопсия шейки матки, слизистой влагалища и вульвы.
57. Удаление полипа слизистой шейки матки.
58. Гистероскопия. Показания, техника проведения, осложнения. Аблация эндометрия.
59. Лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки.
60. Раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала.
61. Аспирационная и пайпель-биопсией эндометрия. Показания, противопоказания, техника операции.
62. Введение и удаление имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и пессариев;
63. Инструментальное удаление плодного яйца (электрическая и мануальная вакуум аспирация).
64. Пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Показания, техника выполнения.
65. Лапаротомия при ургентных (неотложных) состояниях в гинекологии.
66. Удаление маточной трубы (сальпингэктомии), придатков матки

(аднексэктомии), резекции и ушивания яичника. Показания, этапы операции.

67. Удаления кисты бартолиниевой железы, дренирование абсцесса бартолиниевой железы.
68. Гистеросальпингография. Показания, техника проведения.
69. Врачебное освидетельствование после изнасилования.
70. Ушивание разрывов наружных половых органов, вскрытие и ушивание гематом влагалища при травматическом повреждении.
71. Взятие штрих-биопсии (ЦУГ) эндометрия с помощью кюретки и методом вакуумной биопсии (метод Пайпеля)
72. Определение алгоритма обследования и лечения при аномальных маточных кровотечениях в разные возрастные периоды жизни женщины.
73. Определение алгоритма обследования для выявления гормональной недостаточности функции яичников, приводящей к нарушению fertильности.
74. Методы диагностики предраковых и злокачественных заболеваний тела и шейки матки: показания, техника выполнения гистероскопии и лапароскопии, прицельной биопсии шейки матки, удаления полипа цервикального канала, конизации шейки матки.
75. Обработка послеоперационной раны, снятия швов.

Приложение 3

1. Организация и принципы работы женской консультации, акушера-гинеколога амбулаторно-поликлинической сети.
2. Основные приказы МЗ ПМР по родовспоможению.
3. Антенатальное наблюдение беременности.
4. Планирование семьи, современные методы контрацепции, критерии выбора метода контрацепции, недостатки, побочные эффекты.
5. Организация и принципы работы акушерского стационара.
6. Перинатальная смертность, структура, пути снижения.
7. Материнская смертность. Пути снижения.
8. Диагностика беременности (ранних сроков).
9. Диагностика беременности в поздние сроки. Дородовой отпуск.
10. Методы исследования беременности.
11. Основная акушерская терминология. Методика наружного и внутреннего акушерского исследования.
12. Методы оценки состояния плода.
13. Костный таз с акушерской точки зрения, С. Vera.
14. Роды: течение и ведение I периода родов.
15. Роды: ведение II периода родов.
16. Роды: ведение III периода родов.
17. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
18. Презклампсия: классификация, патогенез. Лечение, врачебная тактика.
19. Эклампсия: диагностика, клиника, лечение, возможные осложнения.
20. Ведение беременности и родов при тяжелых формах презклампсии.
21. Беременность и сердечно-сосудистые заболевания. Ведение беременности и родов.
22. Пиелонефрит беременных: клиника, диагностика, лечение.
23. Сахарный диабет. Ведение беременности и родов.
24. Анемия беременных: диагностика, клиника, ведение беременности.
25. Тазовые предлежания: классификация, диагностика, ведение родов.
26. Пособия при тазовом предлежании.
27. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
28. Невынашивание беременности: диагностика, лечение.
29. Преждевременные роды, причины, ведение родов, признаки недоношенного ребенка.
30. Поперечное положение плода: диагностика, ведение беременности и родов.
31. Переношенная беременность: диагностика, ведение родов. Признаки переношенного ребенка.
32. Методы подготовки шейки матки, индуцированные роды, показания.
33. Многоплодие: диагностика, ведение родов.
34. Много- и маловодие: причины, диагностика, лечение, ведение родов.
35. Роды при крупном плоде, диагностика, причины.
36. Аномалии родовой деятельности, причины, классификация, диагностика, врачебная тактика.
37. Слабость родовой деятельности, диагностика, лечение.
38. Дискоординированная родовая деятельность, диагностика, лечение.
39. Узкий таз, анатомическая классификация, этиология, осложнения, особенности вставления головки, ведение родов.
40. Клинический узкий таз: причины, диагностика, клиника. Акушерская тактика.
41. Разгибательные вставления головки, этиологические особенности, биомеханизм родов по выбору.
42. Оперативные влагалищные роды. Условия, показания.
43. Акушерские щипцы, показания, правила наложения, техника.
44. Дистресс плода, диагностика, лечение.
45. Кровотечения во II втором периоде беременности.
46. Предлежание плаценты, этиопатогенез, диагностика, клиника. Врачебная тактика.
47. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, этиопатогенез, диагностика, клиника. Врачебная тактика.
48. Кровотечения в III периоде родов. Причины, врачебная тактика.
49. Гипотонические кровотечения, современные методы борьбы с кровотечениями, алгоритм, тактика.
50. Геморрагический шок, врачебная тактика.
51. ДВС-синдром в акушерстве, диагностика, лечение.
52. Акушерский травматизм. Классификация. Этиология.
53. Разрыв матки, клиника, диагностика, врачебная тактика.

54. Акушерский перитонит, диагностика, лечение.
55. Разрывы промежности, диагностика, лечение.
56. Разрывы шейки матки.
57. Кесарево сечение, виды, показания, техника.
58. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
59. Послеродовые инфекции. Классификация, этиология.
60. Послеродовый эндометрит, диагностика, лечение.
61. Септический шок.
62. Эндометриоз; этиология, клиника, лечение.
63. Воспалительные заболевания - аднексит, диагностика, лечение.
64. Аномальные маточные кровотечения (АМК), этиология, патогенез. Обследование.
65. АМК, лечение в различные периоды жизни женщин.
66. АбORTы: классификация, диагностика, клиника, врачебная тактика.
67. Прерывание беременности по медицинским показаниям.
68. Медикаментозный аборт.
69. Контрацепция: виды, преимущества.
70. Внематочная беременность, диагностика, клиника, лечение.
71. Миома матки, классификация, Показания к оперативному лечению
72. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.
73. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия.
74. Рак шейки матки.
75. Рак тела матки.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструктирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, патогенез и эпидемиология туберкулеза. Современная патоморфология туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Формулировка диагноза. Алгоритм диагностики туберкулеза органов дыхания в неспециализированных медицинских организациях.
3. Туберкулез женских половых органов как причина первичного бесплодия. Диагностика. Тактика ведения больных.
4. Туберкулез и материнство. Ведение беременности и родов у больных туберкулезом. Особенности течения. Показания к прерыванию беременности.
5. Специфическая профилактика туберкулеза. Социальная и санитарная профилактика туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?
8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространность болезней”, патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?