

**ПЕРЕЧЕНЬ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ ВОПРОСОВ  
В РЕЗИДЕНТУРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ R032-«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, В  
ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТСКАЯ»**

**I уровень**

1. Организация акушерско-гинекологической помощи. Регионализация перинатальной помощи в РК. Основы конфиденциального аудита.
2. Антенатальная охрана плода с учетом эффективных перинатальных технологий, основанных на доказательствах рекомендованные ВОЗ. Ведение физиологической беременности.
3. Гипертензионное состояние и беременность. Диагностика и ведение беременных с гипертензивными состояниями.
4. Особенности ведения преждевременных родов с позиции доказательной медицины.
5. Тактика врача при преждевременном излитии околоплодных вод в зависимости от срока беременности с позиции доказательной медицины.
6. Осложнение беременности и родов. Низкая плацентация . Предлежание плаценты. Критерий диагностики
7. Планирование семьи. Классификация контрацептивных средств. Современные методы контрацепции.
8. Преэклампсия и эклампсия. Современные методы диагностики и лечения. Тактика при тяжелой преэклампсии на догоспитальном этапе.
9. Медикаментозный аборт. Показания. Условия. Консультирование
10. Прегравидарная подготовка женщин к беременности. Диспансеризация беременных женщин.
11. Послеродовые гнойно- септические заболевания, определение, классификация.
12. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.
13. Бесплодный брак. Причины и алгоритм обследования бесплодной пары. Методы диагностики и лечения трубного и эндокринного бесплодия. Современные репродуктивные технологии в лечении бесплодия.
14. Внематочная беременность. Неотложная помощь на догоспитальном уровне
15. Дифференциальная диагностика при остром животе. Тактика ведения на амбулаторном этапе
16. Нарушения менструального цикла. Аменорея и гипоменструальный синдром
17. Аномальные маточные кровотечения. Классификация. Тактика ведения .
18. Кровотечения репродуктивного периода. Кровотечения климактерического периода.
19. Анатомо-физиологические особенности развития половых органов у девочек в возрастном аспекте
20. Аномалий развития половых органов у девочек подростков. Классификация, дифференциальная диагностика.

**II уровень**

1. Пособия, применяемые при ведении родов при тазовом предлежании.
2. Использовать методы борьбы с кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах согласно основным клиническим протоколам МЗ РК
3. Оказывать неотложную помощь при акушерских кровотечениях во время беременности
4. Диагностика и помощь при геморрагическом шоке.
5. Диагностика и тактика родового травматизма матери
6. Диагностика и определять тактику при обструкции родовой деятельности
7. Асфиксия новорожденного. Неотложная помощь.
8. Диагностика и оказывать помощь при послеродовом гнойно-септических осложнениях
9. Дифференциальная диагностика при гипертензивных состояниях при беременности.

10. Диагностировать разрыв промежности I и II степени и техника наложения швов.
11. Экстренная помощь при преэклампсии тяжелой степени
12. Экстренная помощь при эклампсии.
13. Диагностика ПОНРП (преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты)
14. Проведите дифференциальную диагностику: угрожающий разрыв матки, совершившийся разрыв матки, выворот матки.
15. Сравните и сопоставьте врачебную тактику при ведении преждевременных родов в зависимости от гестационного срока.
16. Тактика ведения роженицы при преждевременном разрыве плодных оболочек и сроке беременности от 37 недель и более.
17. Операции тубэктомии. Показания. Техника проведения.
18. Кульдоцентеза. Показания. Техника проведения.
19. Укажите показания к прерыванию беременности при рвоте беременных Токсикоз у беременных. Тактика ведения.
20. Окажите помощь при септических состояниях, септическом шоке, критерий эффективности
21. Окажите помощь при послеродовых кровотечениях, методы временного остановки кровотечения.
22. Оказание неотложной помощи при аномальных кровотечениях ювенильного возраста.

### III уровень

1. Беременная в сроке 30 недель беременности, жалуется на кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: беременность 4, роды предстоят-1, самопроизвольные выкидыши-2, в сроках 15-16 недель беременности с выскабливанием полости матки. Со слов беременной, в сроках 21 неделю и 27 недель беременности отмечались кровянистые выделения из половых путей. Произведено УЗИ плода, заключение: Беременность 30 недель. Предлежание плаценты. Отмечается краевая гематома размерами 1,5х1,0 см  
Какой наиболее вероятный диагноз? Дальнейшая тактика врача.
2. Повторнородящая 30 лет, со сроком беременности 38 недель 2 дня поступила через 5 часов от начала регулярной родовой деятельности и через 2 часа от момента излития околоплодных вод. Диагностировано тазовое предлежание плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 ударов в 1 минуту. Предполагаемая масса плода 3000,0+-200,0. При вагинальном исследовании открытие маточного зева 8 см, плодного пузыря нет, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Какой наиболее вероятный диагноз? Метод родоразрешения и почему?
3. Беременная со сроком 37 недель, поступила через 4 часа от начала регулярной родовой деятельности с целыми околоплодными водами. Жалобы на распирающие боли в животе, которые начались 40 мин назад, скудные кровянистые выделения. При осмотре – бледная, пульс 100 в мин. АД = 90/60 мм рт. ст. Матка напряжена, не расслабляется вне схваток. Части плода не пальпируются, сердцебиение плода не прослушивается. Наиболее вероятный диагноз? «Беременность 37 недель. I период родов.....»
4. На приеме в поликлинике, беременная 28 лет при сроке 32 недель беременности обратилась с жалобами на слабость, жажду, чувство голода, повышенное употребление жидкости до 4-5 л/сут., кожный зуд, обильное мочеотделение. I-ая беременность - в сроке 29-30 недель, преждевременные роды мертвым плодом. Данная беременность - вторая. Матка увеличена соответственно сроку беременности 32 неделям, положение плода продольное, предлежит головка. С/б плода ясное, ритмичное. Уровень глюкозы в крови — 10,2 ммоль/л, в моче 5,0 ммоль/л. Уровень инсулина не определили. Наиболее вероятный диагноз? Ваша тактика
5. В кардиологический центр поступила первобеременная 21 лет. Срок беременности 11-12 недель. Состоит на Д учете по поводу порока сердца. Последнее обострение ревматизма в 17

лет. Жалоб при поступлении нет. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, акцент на легочной артерии. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Со стороны других органов патологии не обнаружено. При лабораторном обследовании: Нв 110 г/л, СОЭ 35 мм/ч, лейкоциты  $6,2 \cdot 10^9$ , лейкоцитарная формула в норме, результаты ревмопроб в пределах нормы. Диагноз? Основная цель госпитализации?

6. Повторнобеременная 23 лет при сроке 37 недель беременности поступила в отделение патологии по направлению врача поликлиники. Из анамнеза: I-ая беременность - в сроке 36 недель родоразрешена по поводу тяжелой преэклампсии, ребенок жив. Данная беременность – вторая. При поступлении жалобы на зуд кожных покровов в течении 2-х недель, АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 84 уд/мин. Кожные покровы бледноватой окраски, на коже живота, рук и ног имеются множественные расчесы. Матка увеличена соответственно сроку беременности, сердцебиение плода ясное, на КТГ-8-9 баллов. В анализе мочи белок 0,3 г/л, в анализе крови НВ-98 г/л, в биохимических анализах крови повышение АЛаТ и АСаТ в 2 раза, общий белок крови 56 г/л. При вагинальном исследовании состояние шейки матки более 6 баллов, головное предлежание. Наиболее вероятный диагноз и тактика?

7. В СВА обратилась женщина с беременностью 27 недель, с жалобами на слабость, утомляемость. Из анамнеза: I-ая беременность - в сроке 36 недель родоразрешена по поводу тяжелой преэклампсии, ребенок жив. Данная беременность – вторая. В анализе крови гипергликемия натощак 7,1 ммоль/л, нет признаков кетоза. Ваш предварительный диагноз? Тактика врача

8. Родильница на 2 сутки после экстренного кесарева сечения предъявляет жалобы на сильную боль сначала внизу, а затем по всему животу, тошноту, рвоту, задержку газов и стула. Кожа бледная с сероватым оттенком, черты лица заостренные, выражение лица страдальческое, губы и язык сухие. Температура тела 38,5°C, пульс 120 ударов в 1 мин. Живот вздут болезненный при пальпации, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика резко ослаблена. Уровень лейкоцитов -  $17,5 \cdot 10^9$ , СОЭ - 39 мм час. Какой наиболее вероятный диагноз? Тактика врача.

9. В приемной перинатального центра доставили беременную без сознания. Родственники отмечают, что она 5 дней назад жаловалась на головные боли. При осмотре: состояние тяжелое, без сознания. АД 170/110 мм.рт.ст., матка увеличена соответственно 33-34 неделям беременности, положение плода продольное, головное, сердцебиение плода 146 ударов в минуту, ясное, ритмичное, моча по катетеру мутная, в количестве 30 мл.

Какой вероятный диагноз?

10. У беременной при сроке беременности 31-32 недель жалобы на отеки. Голова не болит. Зрение ясное. В анамнезе хронический пиелонефрит. Объективно: АД 150/100, отеки на нижних конечностях, в моче белок - 0,66 г/л., лейкоциты 2-3 в п/з. Матка увеличена до 31 недели беременности, положение плода продольное, головное, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 146 ударов в минуту. Какой вероятный диагноз? Тактика врача

11. В роддом поступила беременная со сроком 35-36 недель беременности с жалобами на слабость, обильное кровотечение из половых путей. В анамнезе: 3 медицинских аборта, последний осложнился метроэндометритом, данная беременность пятая. Объективно: кожные покровы бледные, артериальное давление 85/50 мм рт ст, пульс 98 в минуту, матка не

возбудима, положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода 150 ударов в минуту. В зеркалах: кровянистые выделения. Какой вероятный предварительный диагноз? Тактика врача

12. У роженицы в родах появились кровянистые выделения из половых путей. Роженица мечется, Пульс 100 уд в мин, АД 90/50, матка в гипертонусе, вне схваток не расслабляется. Сердцебиение плода приглушенное с тенденцией к брадикардии до 90 уд в мин. При вагинальном исследовании: открытие маточного зева на 3 см, предлежит головка. Какой диагноз вероятен? Тактика врача

13. В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная 29 лет, в сроке беременности 35 недель с жалобами на боли в правом подреберье. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы и склеры желтушные. АД 150/90 мм.рт.ст., пульс – 96 уд в мин. Матка не возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту. Имеются отеки на нижних конечностях, животе. Диурез снижен, моча темная. ОАК: Нб-74 г/л, тромбоциты -  $80 \times 10^9$ /л. Биохимический анализ крови: АЛТ- 85МЕ/л, АСТ– 90 МЕ/л. ОАМ: белок 0,3 г/л. Какой диагноз вероятен? Тактика врача

14. Повторнобеременная О., 35 лет. Поступила в акушерский стационар в сроке беременности 28 недель 5 дней, с жалобами на слабость, головокружение, сухость во рту, повышенную жажду, одышку, чувство тяжести и боли в эпигастрии, тошноту и рвоту с примесью крови, кровоточивость десен, потерю массы тела в течение 5 недель, кожный зуд, озноб. Объективно: кожные покровы желтушной окраски. АД 90/60 мм рт.ст., пульс 102 ударов в минуту. В анализах - умеренная гипохромная анемия, выраженный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево. Выраженная гипопротениемия. Резкое повышение в крови мочевины, креатинина Холестерин в пределах нормы. Лабораторные признаки ДВС синдрома. Какое осложнение гестационного процесса возникло в данном случае? Дальнейшая тактика

15. Пациентка М., 26 лет. Жалобы на боли внизу живота справа в течение 2 дней, слабость, головокружение. Боли иррадируют в прямую кишку. Половая жизнь с 23 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,2 °С, пульс 84 ударов в минуту, АД 110/70, 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненность в нижних отделах, больше справа. Бимануальное влагалищное исследование: матка несколько увеличена, смещение её вызывает резкую боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечёткими контурами. Выделения скудные, тёмно-коричневого цвета. Содержание ХГЧ в сыворотке крови менее 1000 МЕ/мл. Какой диагноз вероятен?

16. Пациентка Д., 16 лет, заболела остро: во время занятий в школе появились сильные боли внизу живота. Цикл регулярный, без особенностей. Последняя менструация 2 недели назад. Половой жизнью не живет. Язык влажный, АД 110/70, 100/60 мм рт ст Пульс 88 в мин. симптомов раздражения брюшины нет. При ректоабдоминальном исследовании из-за резкой болезненности четко пальпировать матку и придатки не представилось возможным. По данным УЗИ: матка нормальных размеров, правый яичник увеличен, определяется гематома 0.3\*0.5 см. Какой диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен и тактика?

17. Женщина 20 лет обратилась в поликлинику на задержку месячных в течение 2 месяцев. Из анамнеза: в 13 лет перенесла ревматизм, до 18 лет находилась на диспансерном учете. После перенесенной ангины 5 месяцев тому назад было обострение ревматизма, лечение в условиях стационара. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, пульс 90 в/мин, АД 90/50 мм рт.ст. на обеих руках. При аускультации сердца выслушивается грубый систолический шум на верхушке. При бимануальном исследовании матка увеличена до 6-7 недель, мягкая, безболезненная. Наиболее вероятный диагноз и тактика?

18. Повторно беременная, роженица Е., 22 лет, беременность 38 недель 3 дня, поступила в родильное отделение через 1 час после начала схваток и после излитие околоплодных вод до родов. Сильные схватки, каждые 1-2 минуты, по 60-65 секунд. Через 15 минут после поступления в отделение появилась астма, кашель, боль в груди, слабость, чувство страха. Окружность живота - 100 см, высота дна матки-35 см. Голова ребенка опирается на плоскость входа малого таза. Сердцебиение плода четкое, ритмичное, 140 раз в минуту. Осмотр влагалища: шейка сглажено, края толстые, мягкие, 8 см открыто, оболочки плода отсутствуют. Мыс недоступен. Диагноз. Какое осложнение возникает у роженицы?

19. При обращении беременной женщины к врачу поликлиники на 37 неделе беременности установлено повышение артериального давления: АД 140/90 мм.рт.ст., при общем анализе мочи - белок 0,35 г/л. Определите наиболее вероятный диагноз и тактика?

20. На прием к ПМСП беременная, обратилась с жалобами на тошноту, однократную рвоту. Беременность-1. На Д учете состоит с 10 недель. Со слов беременной состояние ухудшилось в последние 2 дня. Состояние средней тяжести. АД 150/100 мм.рт.ст., пульс-86 ударов/мин. Матка соответствует 35 неделе беременности. Предлежащая часть головка, сердцебиение ясное, до 140 ударов / мин. При осмотре имеются отеки на ногах и передней брюшной стенке. В анализе мочи протеинурия 0,9 г/л. Оценивая клиническую ситуацию укажите диагноз, уровень оказания медицинской помощи для госпитализация и причину?

21. На прием к врачу поликлиники обратилась 29-летняя женщина, жалующаяся на сильную боль внизу живота, повышение температуры тела до 38,6 С, учащенное сердцебиение, рвоту, гнойные выделения из половых путей. Из анамнеза: бесплодие, 10 дней назад была сделана гистероскопия. Кожный покров бледный. АД 90/60 мм рт ст Пульс 92 в минуту. Живот напряжен, болезненный в нижних отделах. Симптом раздражения брюшины слабopоложительный. Осмотр на зеркалах: слизистая шейки матки гиперемированная, выделения гнойные. PV: матка небольшая, болезненная, пальпация в области придатков справа и слева определяется неподвижное образование, имеет тестообразной консистенцию. Своды глубокие, болезненные. Анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $22 \times 10^9/л$ . СОЭ 40 мм / с. УЗИ-в позади маточном пространстве имеется жидкость, в маточных трубах имеется жидкость, стенки маточных труб отечны. Наиболее вероятный диагноз какой и тактика?

22. 25-летняя пациентка, боль в правой большой половой губе и повышение температуры тела на 38,9 С, боль усиливается при ходьбе. Объективно: АД 110/70,120/80 , пульс 92 в минуту, правая большая половая губа отекшая, болезненная, гиперемирована, с размягченными участками при пальпации. Наиболее вероятный диагноз и тактика?

23. Беременная со сроком гестации 27-28 недель. Жалуеться на повышение температуры тела до 38 С, сухой кашель, боль в грудной клетке, одышку. В городе отмечается эпидемический подъем заболеваемости гриппа и ОРВИ. Температура 39-40С, в зеве слизистая ярко гиперемирована, задняя стенка глотки зернистая. Инъекция сосудов склер. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС 130 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст., ЧДД – 32. В ОАК: эр.- $3,2 \times 10^{12}/л$ , гем. -115 г/л, Л. - $3,2 \times 10^9/л$ , э. – 3%, п/я – 15%, с/я

24. Первороберменная женщина 26 лет, жалобы на слабость, головные боли, боли в правой поясничной области, повышенную температуру тела. Срок беременности 12 недель.Объективно: состояние среднейстепени тяжести, Т 38°С, пульс 92раза/мин, АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий, без болезненный. Справа в поясничной области выявлена боль, симптом покалывания положительный. Мочеиспускание безболезненно. В ОАМ: лейкоциты 20-30 в поле зрения, бактерии +++. Какой антибиотик будет наиболее эффективным? – 60%, м – 7%, л – 15%, СОЭ - 15 мм/ч. Диагноз. Какая тактика наиболее приемлема?

25. Повторнобеременная, 32 года, в сроке 30 недель беременности жалуются на общую слабость, головокружение, быструю утомляемость. Объективно: кожные покровы бледные, наблюдается похудение и ломкость ногтей. Пульс 86 раз в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Размеры матки соответствуют срокам беременности. Сердцебиение четкое, ритмичное 140 раз в минуту. Каков возможный предварительный диагноз?Тактика
26. У 29 летней женщины в сроке 14-15 недель беременности неделю назад отмечались повышение температуры тела -37 С, наблюдалась ринорея, сухой кашель. Два дня назад состояние резко ухудшилось, появились признаки астмы, кашель усилился, температура 38,5 С. при глубоком дыхании отмечаются хрипы в нижней части левого легкого. Общее состояние средней степени тяжести. АД 120/80 мм рт ст, пульс 96 в мин, Беременная отказалась от госпитализации. Диагноз какой? Какой терапевтический принцип целенаправленно верен ?
27. Женщине 32 года, обратилась в поликлинику к гинекологу по беременности. На 28 неделе беременности появились жалобы на зуд кожи, как следствие, на плохую бессонницу, слабость, легкое покалывание. Показания биохимических анализов крови: АЛТ-56Ед / л, АСТ-42Ед/ л, билирубин общий -12,4 ммоль/л, фосфатаза кислая-480ед / л. маркерная диагностика НВsAg-отрицательная, а-НВscore LgG-отрицательная, НВeAg-растворенная, а-НВе-растворенная, АП-НСV ДВС-растворенная, anti-CV IgG-ерiсiй. Наиболее вероятный диагноз?
28. Беременная женщина, 25 лет, срок беременности 5-6 недель обратилась в поликлинику с жалобами на отсутствие аппетита, тошнота, рвота от 6 до 10 раз в сутки без связи с потреблением пищи, потеря веса на 1,5 кг за 1,5 недели. Первая беременность. Общее состояние относительно Температура тела 37 С. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичность, полнота и напряжение удовлетворенное АД 100/60 мм с., в суточном диурезе- 700 мл. ОАМ: мутно-коричневого цвета, объем 80 мл, кетоновые тела ++. УЗИ плода: тело матки anteflexio, размеры 72x86x73 мм. В полости матки виден одно плодное яйцо размером 9 мм, что соответствует 5 неделям. Желточный мешок 3 мм СБ (+). Тонус Миометрия нормальный. Назовите предполагаемый диагноз, связанный с классификацией?Лечение
29. Третий период родов. Кровопотеря 250,0 мл и продолжается. Матка на уровне пупка, мягкая. После наружного массажа матка сократилась, но затем вновь расслабилась. Кровопотеря 400,0 мл, женщина побледнела, появилось головокружение, АД 90/50 мм рт. ст, пульс 100 ударов/ минуту.Диагноз? Какова целесообразная тактика ведения родильницы?
30. В гинекологическое отделение поступила больная с жалобами на боли внизу живота, гнойно-кровянистые выделения из половых путей, подъем температуры до 38 °С. Заболела на 8 день менструального цикла, через 3 дня после введения ВМС. В зеркалах: шейка матки чистая. В цервикальном канале проводные нити ВМС, гнойно-кровянистые выделения. Матка несколько увеличена, резко болезненна, ограничена в подвижности. Придатки не определяются, своды глубокие, болезненные. Диагноз и тактика ?
31. Больная Б., 30 лет, обратилась с жалобами на резкую интенсивную боль, заставляющая принять вынужденное положение, повышение температуры тела до 37,8°С-38,5°С и выше, озноб. При гинекологическом осмотре: при смещении шейки матки отмечается болезненность в области придатков – двухсторонняя болезненность при пальпации. В анализах крови лейкоцитоз, повышение СОЭ. Какой вероятный диагноз и тактика?
32. Повторнобеременная 26 лет со сроком беременности 28 недель обратилась к врачу женской консультации с жалобами на слабость. В анамнезе хронических заболеваний, травм и операций нет. Состояние удовлетворительное. Умеренные отеки на нижних конечностях. Температура тела 36,5°С, пульс 80 ударов/минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Сердцебиение плода 145-148 уд/мин, ясное, ритмичное. Матка не возбудима. Из половых путей патологических выделений нет. В

общем анализе крови гемоглобин 123 г/л. В разовой порции мочи следы белка. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

33. Женщина 30 лет на приеме у врача женской консультации предъявляет жалобы на резкие боли внизу живота, рвоту, тошноту. Объективно: бледная, АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 90 в мин. Живот резко болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. На зеркалах: шейка матки чистая. РV: матка маленькая, справа определяется образование размером 10x10 см, болезненное, неподвижное. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

34. Первороберменная 20 лет со сроком беременности 40 недель+4 дня обратилась к врачу женской консультации с жалобами на тянущие боли внизу живота. Состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов/минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Сердцебиение плода 145-149 уд/мин, ясное, ритмичное. Родовой деятельности нет. Из половых путей патологических выделений нет. Шейка матки по шкале Бишоп 6 баллов. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

35. У роженицы с нормальными размерами таза и предполагаемой массой плода 3000,0 гр. через 8 часов от начала родовой деятельности начались потуги. Состояние удовлетворительное. Сердцебиение плода 150-155 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, малым сегментов во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

36. Доставлена бригадой скорой помощи повторнородящая 35 лет с жалобами на сильные боли в животе. Срок беременности 37 недель. Состояние средней тяжести. Отмечаются выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Пульс 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Матка напряжена, между схватками не расслабляется. Сердцебиение плода приглушенно, 90 ударов в минуту. На зеркалах: незначительные кровянистые выделения из влагалища. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

37. В гинекологическое отделение поступила пациентка 21 года с жалобами на сильные боли внизу живота возникшие внезапно после подъема тяжести на 14 день менструального цикла. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 88 уд. в мин. Кожные покровы бледно-розовые. Живот мягкий, болезненный внизу. Симптомов раздражения брюшины нет. Р. V.: матка маленькая, придатки справа не определяются из-за болей. Своды глубокие, свободные. Анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты –  $3,3 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $5,6 \times 10^9/л$ . По УЗИ в позадиматочном пространстве обнаружено незначительное количество гипоэхогенной жидкости с мелкодисперсной взвесью. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

38. У пациентки 29 лет жалобы на нерегулярные менструации, слабость, сухость кожи и выпадение волос. Движения и речь замедлены. На лице определяется отечность, особенно вокруг глаз. Кожа бледная с желтоватым оттенком, на локтях шелушится. Цвет волос на голове тусклый, они сухие и ломкие, усиленно выпадают. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

39. На прием обратилась пациентка 32 лет с жалобами на мажущие темно-красные выделения из половых путей за 2-3 дня до менструации, длительные, обильные, болезненные менструации с длительной мазней после её окончания. Бесплодие в течение 5 лет после первых родов, осложнившихся эндометритом на фоне остатков плацентарной ткани. Неоднократно проводилась противовоспалительная терапия. При УЗИ выявлена киста правого яичника диаметром 7 см с жидкостным содержимым, спаечный процесс малого таза. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

40. Беременная 23 лет в сроке беременности 28 недель, обратилась к врачу с жалобами на частое мочеиспускание, повышение температуры тела до  $37,5^{\circ}C$ , появление болей в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область. Соматически здорова. АД 110/65 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту. Симптом поколачивания положительный справа. Общий анализ

крови: незначительный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Общий анализ мочи – лейкоцитурия, бактерии++. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

41. Мама привела к врачу дочь 8 лет, которую беспокоят отставание ее дочери в росте. Из анамнеза: при рождении рост и вес были нормальными. Отставание в росте стало проявляться к 4-5 годам жизни. При осмотре обнаружено: рост соответствует 6 годам. Кожные покровы бледные, сухие, морщинистые, с желтоватым оттенком. Подкожно-жировая клетчатка больше развита на груди, животе, бедрах. Волосы на голове тонкие, сухие. Черты лица мелкие – «кукольное лицо», западение переносицы. На рентгенографии турецкого седла отмечается его маленькие размеры. Рентгенография кисти левой кисти с лучезапястным суставом указывает на отставание роста на 4 года, замедление процессов окостенения скелета. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

42. Родильница А., 26 лет, на 5 сутки после родов предъявляет жалобы на незначительное повышение температуры тела (менее 38°C), боли внизу живота. Озноба нет, самочувствие нормальное (нет слабости, головной боли), отмечает волнообразное течение данного состояния – за периодом «недомогания» следует период «улучшения», сменяющийся новым обострением заболевания. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

43. Больная М, 60 лет, обратилась к районному акушеру-гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза 12 лет. Гинекологический статус: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции. Слизистая оболочка влагалища легко ранима, шейка матки не эрозирована, симптом зрачка отрицательный. Из канала шейки матки – скудные кровянистые выделения. Матка обычных размеров, параметров свободен. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

44. Повторнобеременная 20 лет, со сроком 34 недель и резус отрицательной кровью. По УЗИ: увеличение толщины плаценты, относительное многоводие, незначительное увеличение печени и селезенки плода, асцит, двойной контур головы. По доплерометрии: повышение скорости кровотока в средней мозговой артерии плода на 1,5. На КТГ плода: монотонный базальный ритм. Шейка матки по шкале Бишопа 5 баллов. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

45. На прием обратилась пациентка 32 лет с жалобами на мажущие темно-красные выделения из половых путей за 2-3 дня до менструации, длительные, обильные, болезненные менструации с длительной мазней после её окончания. Бесплодие в течение 5 лет после первых родов, осложнившихся эндометритом на фоне остатков плацентарной ткани. Неоднократно проводилась противовоспалительная терапия. При УЗИ выявлена киста правого яичника диаметром 7 см с жидкостным содержимым, спаечный процесс малого таза. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

46. Вы врач приемного покоя родильного дома. К вам поступила беременная в сроке 30 недель с жалобами на излитие околоплодных вод. Акушерский статус: Матка правильной овоидной формы, соответствует 30 неделям беременности, не возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. OS: Слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения – светлые околоплодные воды. PV: не осмотрена. УЗИ: В полости матки один плод в головном предлежании, размеры плода соответствуют 30 неделям беременности. Сердцебиение «+», предлежит головка. Плацента по задней стенке матки, тонус миометрия – нормальный. Околоплодные воды в малом количестве. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

47. Вы врач приемного покоя родильного дома. К вам поступила беременная с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и излитие околоплодных вод. Срок гестации по менструации – 40 недель. Акушерский статус: Матка правильной овоидной формы, соответствует доношенному сроку беременности. Потуги через 4-5 мин по 25-30 сек, слабой силы. Срок гестации по менструации – 40 недель. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода вне схваток 185-195 ударов в минуту. PV: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит

головка плода, в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере выхода таза. Мыс недостижим, экзостозов нет. КТГ плода: Сокращения матки через 4-5 минут различной амплитуды длительностью 25-30 секунд. Наличие поздних децелераций с амплитудой более 45 уд в мин. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

48. У повторнобеременной, повторнородящей М., 24 лет с началом второго периода родов появились кровянистые выделения из половых путей. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Сердцебиение плода приглушенное. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов отклонен кпереди, достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

49. Повторнобеременная, повторнородящая М., 28 лет, в сроке беременности 38 недель и 4 дня, с нормальными размерами таза поступила в родильное отделение через 4 часа от начала родовой деятельности и через 6 часов после отхождения околоплодных вод. При акушерском исследовании: предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода приглушенно, до 110 ударов в минуту. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодного пузыря нет. Пальпируются надбровные дуги, корень носа, лоб. Мыс не достижим. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

50. В роддом поступила беременная со сроком 35-36 недель беременности с жалобами на слабость, обильное кровотечение из половых путей. В анамнезе: 4 медицинских аборта, последний осложнился метроэндометритом, данная беременность пятая. Объективно: кожные покровы бледные, артериальное давление 90/60 мм рт ст, пульс 96 в минуту, матка не возбудима, положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода 140 ударов в минуту. В зеркалах: кровянистые выделения. Какой вероятный предварительный диагноз? Тактика

51. Беременная со сроком беременности 29 недель отмечает отеки на нижних конечностях, передней стенке живота. Головной боли, головокружения нет, зрение ясное. Из анамнеза: состоит на учете у терапевта по поводу гломерулонефрита. Объективно: состояние тяжелое, АД 160/110 и 165/100 мм рт ст, пульс 90 в минуту, анасарка. Матка увеличена до 28 недель беременности, не возбудима. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 ударов в минуту. В ОАМ белок 0,162 г/л, цилиндры. Какой вероятный диагноз? Тактика

52. Больная, 22 лет поступает с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38,5°C, слабость. При гинекологическом исследовании: резкая болезненность в нижнем отделе живота, матка размягчена, чуть больше нормы, резко болезненная при пальпации, область придатков болезненна, выделения сукровичные, из анамнеза установлено, что 10 дней назад произведен медицинский аборт в сроке 8 недель. Диагноз. Какая тактика ведения больной?

53. Беременная женщина К. жалуется на рвоту до 20-25 раз в сутки в сроке 7 недель беременности. Общее состояние тяжелое. Потеря веса составляет до 10 кг. Беременная женщина не может пить и есть. Кожные и слизистые оболочки сухие. Температура тела 37,3°C. Пульс - 120 раз/мин, АД 80/50 мм. ацетон+++++, белок-0,066 г/л. в анализе крови общий белок-54г/л, билирубин - 25мкмоль/л. Определите вероятный диагноз анализируя клиническую ситуацию, тактика?

54. Больная Т., 29 лет, при сроке беременности 29-30 недель предъявляет жалобы на жажду, кожный зуд, повышенное мочеотделение. Данная беременность вторая; первая - закончилась преждевременными родами мертвым плодом при сроке 29-30 недель 2 года тому назад.

Объективно: рост 159 см, масса 71 кг, АД 110/70 мм рт. ст., ОЖ - 96 см, ВДМ - 29 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд, в мин. Вероятный диагноз? Тактика

55. Женщина, 23 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей, появившиеся три часа тому назад. Из анамнеза: два

самопроизвольных аборта с повторным выскабливанием полости матки, последняя менструация два месяца тому назад. На зеркалах: шейка матки цианотична, выделения кровянистые скудные. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, матка увеличена до 7 недель беременности, размягчена, придатки не определяются, своды свободны, мажущие кровянистые выделения. Наиболее вероятный диагноз?

56. У беременной со сроком 17-18 недель отмечается жалобы на боли в костях, в лобковой области, мышцах, изменение походки, парестезия в области таза и лобка. Какой вероятный диагноз? Тактика

57. У роженицы Л., 35 лет роды продолжались 18 часов в связи со слабостью родовой деятельности. Через 10 минут после рождения ребенка массой 3900,0 грамм началось кровотечение, которое быстро достигло 350 мл и продолжается. Послед выделен, цел. Кровотечение продолжается, достигло 550 мл. Введено 10 ЕД окситоцина в/м, в/в окситоцин 10 ЕД на 500 мл 0,9% NaCl, проводится инфузия 0,9% NaCl со скоростью 1 литр за 15 минут. Матка дряблая, после массажа сократилась, но вскоре кровотечение возобновилось. Шейка матки и влагалище на зеркалах целы. Кровопотеря 850 мл. Диагноз. Какая дальнейшая тактика ведения наиболее предпочтительна?

58. Больной 32 года, жалуется на нерегулярные месячные, бесплодие, белые выделения из груди. Прибавил в весе за последние 2 года. В анамнезе: 2 родов, из них 1 роды вовремя, без осложнений. Медикаментозный аборт 2 года назад. Беременность была от 2-го брака, сейчас в 3-м браке, беременности не было. Месячных нет уже 11 месяцев. Рост 160 см, вес 70 кг, при надавливании на молочные железы выделяется молоко. PV: шейка матки цилиндрическая с закрытым внешним ядром. Матка расположена нормально, придатки не обнаруживаются. Какой диагноз? Тактика

59. Женщина 19 лет, со сроком беременности 30- недели обратилась в женскую консультацию с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, рвоту. При осмотре: температура 37,2°C, пульс 98 уд/мин., язык сухой, обложен. Дно матки пальпируется между мечевидным отростком и пупком. при пальпации не в тонусе безболезненная В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется резкая болезненность, защитное напряжение мышц. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского положительные. Наиболее вероятный диагноз и тактика врача? Тактика

60. Больная, 28 лет, поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, головокружение. 14 день менструального цикла, боли появились после полового акта. Состояние средней степени тяжести, АД 100/60, 110/70 мм рт ст пульс 88 в минуту. На зеркалах: слизистой влагалища и шейки матки бледно-розовой окраски, чистые, выделения слизистые. PV: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки пропальпировать не удалось из-за болезненности. Задний свод утолщен, болезненный. Какой вероятный диагноз и тактика?

## Список рекомендуемой литературы

### Основная:

1. Основные клинические протоколы и приказа МЗ РК по акушерству и гинекологии.
2. Интегрированное ведение беременности и родов, «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушерок и врачей», ВОЗ, Женева, 2000 г.
3. Интегрированное ведение беременности и родов, «Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным: руководство для клинической практики», ВОЗ, Женева, 2003 г.
4. «Эффективная перинатальная помощь и уход» руководство ВОЗ для врачей.
5. Э.Новак «Гинекология», под редакцией Дж. Берека, И. Адаши, П. Хилард, Москва, 2002 г.
6. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В.И.Кулакова, И.Б. Манухин, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 г.
7. «Практическое руководство по оказанию неотложной помощи в акушерстве и гинекологии». /Под редакцией проф. Мамедалиевой Н.М., Алматы, 2006 г.

8. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Шехтман М. М., Москва, 2003г.
9. «Экстрагенитальная патология и беременность» Клинические лекции под редакцией А.М. Дошановой, Алматы, 2001г.
10. «Вопросы детской и подростковой гинекологии», Кульбаева К.Ж., 1999г.
11. Гинекология /учебник/. Василевский Л.Н., Грищенко Е.И., Кобзева И.Б. М., 1988 г.
12. Клинические лекции по акушерству и гинекологии под руководством Каюповой Н.А., I том, 1999, II том 2000г.
13. «Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста», В.Ф. Коколина, Москва 2005г.

#### Дополнительная

1. Диагностика и лечение гипертензии беременных, Дошанова А.М., Разумова Р.Р., Алматы, 2006г.
2. «Современные технологии в остановке массивных акушерских кровотечений», Укыбасова Т.М., Актобе, 2006г.
3. «Привычная потеря беременности», Сидельникова Е.М., Москва, 2005г.
4. «Ятрегенные трамы мочевой системы у женщин», Токсанбаев А.Т., Алматы, 2003г.
5. «Атлас оперативной гинекологии», Уиллис К.Р., 2004г.
6. «Невынашивание беременности инфекционного генеза», Мамедалиева Н.А., Алматы, 1999г.
7. «Акушерство практическое», Айламазян Э.К., Н.Новгород, 2001г.
8. «Гинекология детского и подросткового возрастов», Кульбаева К.Ж., Гуркин Ю., Астана, 1999г.
9. «Некоторые вопросы эндокринологической гинекологии»/ учебное пособие/, Дошанова А.М., Алматы 1999г.
10. Акушерская и гинекологическая помощь. / Под. Ред. Кулакова Е.И. Москва, 1995г.
11. «Неоперативная гинекология», Сметник В.Н., Тумилович Л.Г. СП.,1995г.
12. Кольпоскопия, Прилепская В.Н., Москва,2006 г.
13. «Пренатальная диагностика наследственных заболеваний», С.В. Воронин,В.Г. Воронина, М.Ю. Хасина ,Издательство: Юнилаб, 2008г.
14. «Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве» Руководство для врачей, И.А. Гилязутдинов, Ш.З. Гилязутдинова, Казань «Медицина», 2004г
15. [Http://www.gynecologia.ru](http://www.gynecologia.ru)
16. [Http://www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru)
17. [Http://www.obgyn.ru/index2.html](http://www.obgyn.ru/index2.html)
18. [Http://www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)