

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**АКУШЕРСТВО.
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
И ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ**

Учебное пособие

3-е издание, переработанное и дополненное

**под редакцией
д-ра мед. наук, профессора И.Г. Куценко**

Томск
Издательство СибГМУ
2022

УДК 618.2/.7:811.124](075.8)

ББК 57.16я73+Ш146-4

А 445

Авторы:

И.Д. Евтушенко, И.Г. Куценко, Г.А. Михеенко, В.П. Болотова, Ж.Ф. Гайфулина, М.Л. Дмитриева, Е.С. Жабина, А.О. Огороков, Т.В. Скороходова, Ю.О. Воробьёв, Н.С. Меньшикова, Ю.В. Оккель, Е.Ю. Цха, Е.А. Киселева, Е.М. Матусевич, Е.С. Репина

Акушерство. Ситуационные задачи и латинская терминология: учебное пособие / И.Д. Евтушенко [и др.]; под ред. И.Г. Куценко. – 3-е изд., перераб. и доп. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2022. – 94 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом. Первое издание было опубликовано в 2012 г. Это третье издание, переработанное и дополненное согласно клиническим протоколам.

Издание содержит 50 ситуационных задач и 725 латинских анатомических и клинических терминов, применяемых в классическом и современном акушерстве.

Предназначено для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Высшее сестринское образование».

Под редакцией И.Г. Куценко – д-ра мед. наук, профессора, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Рецензент: Л.А. Агаркова – д-р мед. наук, проф., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 3 от 16.05.2022 г.).

© Евтушенко И.Д., Куценко И.Г., Михеенко Г.А. и др., 2022
© Макет издательства СибГМУ, 2022

USUS MAGISTER EST OPTIMUS.
ПРАКТИКА - ЛУЧШИЙ УЧИТЕЛЬ.
(Латинская пословица)

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	6
Введение	7
I. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ	8
1. Ранний токсикоз беременных	9
2. Преэклампсия/эклампсия. Отеки, вызванные беременностью	10
3. Аномалии родовой деятельности	15
4. Узкий таз	18
5. Невынашивание и перенашивание беременности	20
6. Тазовое предлежание плода	24
7. Акушерские кровотечения	26
8. Родовой травматизм	32
9. Экстрагенитальные заболевания и беременность	35
10. Эмболия амниотической жидкостью	41
11. Многоплодная беременность	42
12. Плацентарная недостаточность. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного	43
13. Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь новорожденного	45
14. Септические заболевания после родов и аборта	46
15. Внематочная беременность	50
16. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний	52
II. ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В АКУШЕРСТВЕ	59
1. Менструальный цикл. Периоды жизни женщины	60
1.1. Яичниковый цикл	60
1.2. Маточный цикл	60
1.3. Женские половые гормоны	61
1.4. Периоды жизни женщины	61
2. Клиническая анатомия женских половых органов	61
2.1. Строение женского таза	61
2.2. Женский таз с акушерской точки зрения	62
2.3. Пристеночные мышцы малого таза и мышцы тазового дна	63

2.4. Наружные и внутренние половые органы женщины	64
2.5. Кровоснабжение и иннервация женских половых органов	66
3. Физиологическое акушерство	67
3.1. Оплодотворение и развитие плодного яйца	67
3.2. Физиология беременности.....	68
3.3. Плод как объект родов	68
3.4. Физиология родов.....	70
3.5. Физиология послеродового периода	71
3.6. Физиология периода новорожденности	71
4. Патологическое акушерство	72
4.1. Патология беременности	72
4.1.1. Ранний токсикоз.....	72
4.1.2. Преэклампсия/Эклампсия.....	72
4.1.3. Невынашивание беременности	72
4.1.4. Внематочная беременность	73
4.1.5. Трофобластические опухоли.....	74
4.1.6. Внутриутробная гипоксия плода	74
4.1.7. Многоплодная беременность	74
4.2. Патология родов	75
4.2.1. Аномалии родовых сил.....	75
4.2.2. Узкий таз	75
4.2.3. Родовой травматизм матери.....	75
4.2.4. Акушерские кровотечения	76
4.2.5. Патология периода новорожденности	77
4.2.6. Врожденные пороки развития плода	79
4.2.7. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода	80
4.3. Оперативное акушерство	80
Ответы к ситуационным задачам и тестовым заданиям.....	82
Рекомендуемая литература	92

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
АПС	– ангиотензинпревращающий фермент
АФС	– антифосфолипидный синдром
ВСДМ	– высота стояния дна матки
ВПР	– врожденные пороки развития
Г/л	– гига/л = 10^9 /л
ДСММ	– дискоординированные сокращения мускулатуры матки
ДВС	– диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ЗПК	– заменное переливание крови
ЗРП	– задержка роста плода
ИАЖ	– индекс амниотической жидкости
ИВЛ	– искусственная вентиляция легких
ИЗСД	– инсулинзависимый сахарный диабет
ИППП	– инфекция, передаваемая половым путем
ИЦН	– истмико-цервикальная недостаточность
КТГ	– кардиотокография
КЩС	– кислотно-щелочное состояние
МПК	– маточно-плацентарный кровоток
НЗ	– наследственные заболевания
НИПТ	– неинвазивное пренатальное тестирование
ОАА	– отягощенный акушерский анамнез
ОЖ	– окружность живота
ПОНРП	– преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
РЧА	– радиочастотная абляция
Т/л	– тера на литр = 10^{12} /л
уд./мин	– ударов в минуту
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ХГЧ	– хорионический гонадотропин человеческий
ЦРБ	– центральная районная больница
ЧДД	– частота дыхательных движений
HbA _{1c}	– гликированный гемоглобин

ВВЕДЕНИЕ

Представленное учебное пособие является третьим изданием, содержит 50 типовых и нетиповых акушерских задач и 725 латинских терминов. Исправления и дополнения составлены согласно клиническим протоколам и рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации. В частности, это касается таких ситуаций, как аномалии родовой деятельности, преэклампсия/эклампсия, выкидыш, плацентарная недостаточность. В связи с этим, изменились ответы к тестовым заданиям и список рекомендуемой дополнительной литературы.

Клинические задачи посвящены различным ситуациям патологического акушерства, требующим знаний по оказанию экстренной помощи и алгоритма маршрутизации беременной высокого риска. Комплекс задач согласуется с программой обучения студентов акушерству и составлен на основании многолетней практической работы авторов настоящего издания.

В учебное пособие включен словарь латинских терминов, применяемых в классическом и современном акушерстве. Для составления словаря использованы «Методические рекомендации по применению анатомических и клинических терминов по акушерству и гинекологии» под редакцией А.А. Родионченко, Л.Н. Василевской (Томск, 1990), специальная справочная литература и монографии.



I. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ

1. РАННИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ

Задача № 1



В женскую консультацию городского родильного дома обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на задержку менструации на 2 мес., тошноту, рвоту до 10–15 раз в сутки, слабость, снижение работоспособности. В анамнезе один искусственный выкидыш.

Объективно: рост 166 см, вес 54 кг. Кожа сухая, чистая, бледная. Пульс 86 уд./мин, АД 95/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка увеличена до 7–8 нед. беременности, тестоватой консистенции, безболезненная. Придатки матки не увеличены. В зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Бели молочного цвета.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РВОТУ БЕРЕМЕННЫХ (EMESIS GRAVIDARUM)

- 1) гепатит
- 2) пищевая токсикоинфекция
- 3) гастрит
- 4) желчнокаменная болезнь

2. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ (EMESIS GRAVIDARUM)

- 1) дифференциальная диагностика с экстрагенитальными заболеваниями
- 2) устранение обезвоживания
- 3) индивидуальный подбор диеты
- 4) наблюдение без лечения

3. ВОПРОС О ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РВОТЕ БЕРЕМЕННЫХ СТАВИТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ

- 1) нарастание ацетона в моче
- 2) желтушное окрашивание склер и кожи
- 3) непрекращающаяся рвота
- 4) согласие пациентки

2. ПРЕЭКЛАМПСИЯ/ЭКЛАМПСИЯ. ОТЕКИ, ВЫЗВАННЫЕ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Задача № 2



На учете в женской консультации районной больницы находится первобеременная 21 года. Беременность 36 нед. Консультацию посещает регулярно. В течение последних 7 дней отмечает жажду, отеки ног. К концу дня отеки значительные, утром уменьшаются, но не исчезают.

Объективно: рост 162 см, вес 76 кг. Прибавка веса за 10 дней 1200 г. АД 110/70, 115/70 мм рт. ст., пульс 76 уд./мин. На передней брюшной стенке у беременной женщины остаётся «след» от акушерского стетоскопа, на голених умеренные отеки, анализ мочи без протеинурии. Матка вне тонуса, соответствует сроку гестации. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior*). Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, 136 уд./мин, ритмичное.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. «ЗОЛОТОЙ» СТАНДАРТ ДИАГНОСТИКИ ПРОТЕИНУРИИ –

- 1) качественное определение белка в суточной порции мочи
- 2) количественное определение белка в суточной порции мочи
- 3) качественное определение белка в разовой порции мочи
- 4) количественное определение белка в разовой порции мочи

2. ВЕДЕНИЕ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) высокобелковую, низкоуглеводную диету
- 2) ежедневное взвешивание
- 3) измерение АД 2 раза в день
- 4) петлевые диуретики

3. БЕРЕМЕННУЮ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ ПРИ

- 1) нарастании отеков
- 2) повышении АД
- 3) головной боли
- 4) появлении протеинурии

Задача № 3



В отделение патологии беременности перинатального центра поступила первобеременная 17 лет с жалобами на жажду, плохой сон, отеки ног в течение 1–2 нед. Беременность 34,3 нед.

Объективно: рост 158 см, вес 70 кг. Пульс 74 уд./мин, АД 145/90, 145/85 мм рт. ст. Головной боли нет, зрение ясное. На голених у беременной имеются отеки. Анализ мочи: белок 0,5 г/л в порции суточной мочи, единичные лейкоциты в поле зрения,

клетки плоского эпителия.

Матка увеличена соответственно сроку гестации. Положение плода продольное, предлежание головное, вторая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio secunda, visus anterior*). Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, ритмичное, 136 уд./мин.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
 - 1) отеки, вызванные беременностью (*hydrops gravidarum*)
 - 2) гипертензия (*hypertensio*)
 - 3) уровень суточной протеинурии (*proteinuria*)
 - 4) задержка роста плода
2. ДИАГНОЗ «УМЕРЕННАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ
 - 1) комплексной оценки клинико-лабораторных данных
 - 2) оценки состояния плода
 - 3) исключения признаков тяжелой преэклампсии
 - 4) наличия отеков, вызванных беременностью
3. ВЕДЕНИЕ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВКЛЮЧАЕТ
 - 1) госпитализацию для уточнения диагноза
 - 2) тщательный мониторинг состояния беременной и плода
 - 3) антигипертензивную терапию
 - 4) применение диуретических средств

Задача № 4



В городской родильный дом машиной «скорой помощи» доставлена беременная 25 лет. Беременность 35 нед. Жалобы на жажду, плохой сон, в течение двух дней беспокоит головная боль, тошнота. Ухудшение состояния наступило 2 нед. назад. От предложенной врачом женской консультации госпитализации женщина отказалась в связи с переездом на другую квартиру.

Объективно: рост 163 см, вес 78 кг. Кожа чистая, бледная, отмечается одутловатость лица. Пульс 96 уд./мин, АД 160/110, 175/120 мм рт. ст. На передней брюшной стенке и голенях у беременной отмечаются умеренные отеки. В моче белок 1,65 г/л.

Матка соответствует сроку 33–34 нед. беременности. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, position prima, visus anterior*). Сердцебиение плода ритмичное, 144–150 уд./мин, КТГ – 7 баллов по Fisher.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ТЯЖЁЛУЮ ПРЕЭКЛАМПСИЮ ОТЛИЧАЕТ

- 1) артериальная гипертензия тяжелой степени
- 2) выраженность отеков
- 3) появление общемозговой симптоматики
- 4) уровень суточной протеинурии

2. ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) селективные β -адреноблокаторы
- 2) α -2 адреномиметики
- 3) блокаторы медленных кальциевых каналов
- 4) ингибиторы АПФ

3. ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) профилактика судорог
- 2) антигипертензивная терапия
- 3) досрочное родоразрешение (часы)
- 4) пролонгирование

Задача № 5



В перинатальный центр доставлена первобеременная 20 лет с жалобами на плохой сон, головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. Несколько раз была рвота. Беременность 37 нед.

Объективно: рост 166 см, вес 83 кг. Кожа несколько бледная, одутловатость лица, отеки ног, передней брюшной стенки. Пульс 92 уд./мин, АД 175/115, 180/110 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно

сроку гестации, при пальпации приходит в тонус. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 уд./мин.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной до 2 см, плотной консистенции, зев закрыт, головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. После влагалищного исследования развился приступ судорог с потерей сознания.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭКЛАМПСИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) обеспечение проходимости дыхательных путей
- 2) магния сульфат внутривенно
- 3) антигипертензивную терапию
- 4) искусственную вентиляцию легких

2. СПОСОБ РОДРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) стимуляция родовой деятельности (stimulatio uteri)
- 2) операция наложения акушерских щипцов (applicatio forcipis obstetricae)
- 3) вакуум-экстракция плода (vacuum-extractio)
- 4) кесарево сечение (sectio caesarea)

3. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

- 1) отек легких
- 2) отслойка сетчатки
- 3) печеночная недостаточность
- 4) острая почечная недостаточность

Задача № 6



В акушерском стационаре II уровня находится первородящая 21 года. Роды начались в ожидаемый срок, продолжаются 10 ч. Схватки сильные, через 2–3 мин, по 45 с. К схваткам присоединяются потуги. Беспокоит головная боль.

Объективно: рост 160 см, вес 78 кг. На передней брюшной стенке и голених умеренные отеки. АД 160/120, 170/120 мм. рт. ст. Протеинурия 1 г/л в разовой порции мочи. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд./мин, слева ниже пупка.

Per vaginam: открытие маточного зева полное, предлежит головка, расположена в плоскости узкой части малого таза, сагиттальный шов (sutura sagittalis) в правом косом размере, малый родничок (fonticulus parvus) слева спереди.

Во время одной из потуг появились фибриллярные подергивания лица, рук, затем клонические и тонические судороги, потеря сознания. Из рта выделяется пена с примесью крови.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗВИТИИ СУДОРОГ И КОМЫ

- 1) удержать роженицу от падения
- 2) повернуть голову роженицы в сторону
- 3) использовать языкодержатель или шпатель
- 4) аспирация содержимого полости рта

2. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) кесарево сечение (section caesarea)
- 2) операция наложения акушерских щипцов (applicatio forcipis obstetricae)
- 3) вакуум-экстракция плода (vacuum-extractio)
- 4) краниотомия (craniotomia)

3. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ РОЖЕНИЦЫ ПРИ ЭКЛАМПСИИ

- 1) кровоизлияние в мозг
- 2) почечная недостаточность
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) печеночная недостаточность

3. АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Задача № 7



В родильном зале районной больницы находится первородящая Л., 23 лет. Беременность 40 нед. Срочные роды (partus maturus). Схватки начались 14 ч назад, темп развития родовой деятельности медленный. Околоплодные воды излились 4 ч назад, светлые.

Схватки через 5–6 мин по 30 с слабые. При исследовании per vaginam обнаружено открытие маточного зева 7–8 см. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. С целью усиления родовой деятельности начато внутривенное введение окситоцина (инфузомат). Через 1 ч от начала стимуляции начались потуги через 2–3 мин по 45 с. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 90 уд./мин.

Повторное исследование per vaginam: открытие шейки матки полное, предлежание головное, головка плода расположена в плоскости выхода малого таза, сагиттальный шов (sutura sagittalis) в прямом размере, малый родничок (fonticulus parvus) спереди у лона. Плодного пузыря нет.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАРУШЕНИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ИМЕЮЩЕЕ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) слабость родовой деятельности
- 2) дискоординация родовой деятельности
- 3) чрезмерно сильная родовая деятельность
- 4) другие виды нарушения родовой деятельности

2. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) кесарево сечение (sectio caesarea)
- 2) операция наложения выходных акушерских щипцов (applicatio forcipis portae inferioris pelvis)
- 3) вакуум-экстракция плода (vacuum-extractio)
- 4) стимуляция родовой деятельности (stimulatio uteri)

3. УСЛОВИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТСЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОРАЗРЕШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

- 1) полное раскрытие маточного зева
- 2) живой плод
- 3) соответствие размеров таза роженицы и головки плода
- 4) отсутствие плодного пузыря

Задача № 8



У первородящей 30 лет 6 ч назад в ожидаемый срок начались роды. Пациентка доставлена в перинатальный центр. Схватки через 2–5 мин по 35–40 с, во время схваток сильные боли, больше в поясничной области. Поведение беспокойное. Беременность четвертая, в анамнезе три операции искусственного выкидыша (*abortus artificialis*) с последующим бесплодием. Настоящая беременность наступила с помощью ВРТ.

нотность наступила с помощью ВРТ.

Объективно: АД 130/80, 125/80 мм рт. ст. Пульс 84 уд./мин. Размеры таза 26–29–31–21 см. Матка при пальпации безболезненная, вне схватки полностью не расслабляется. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior*). Сердцебиение плода 150 уд./мин, ритмичное. Предполагаемая масса плода 3100 г.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 0,5 см, края ее плотные, плохо растяжимы. Раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел, на схватку не наливается, головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата (*conjugata diagonalis*) 12,5 см.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

- НАРУШЕНИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДАННОЙ РОЖЕНИЦЫ
 - первичная слабость родовой деятельности (*dolores debiles primaria*)
 - вторичная слабость родовой деятельности (*dolores debiles secundaria*)
 - дискоординированная родовая деятельность (*dyscoordinatio uteri*)
 - чрезмерно сильная родовая деятельность (*hyperdynamia uteri*)
- В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
 - оценка основных показателей родовой деятельности
 - ведение партограммы
 - определение КЩС плода
 - КТГ
- КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ
 - раннюю амниотомию
 - перидуральную анестезию
 - непрерывный КТГ мониторинг
 - инфузию окситоцина

Задача № 9



В родильное отделение акушерского стационара II уровня доставлена роженица 19 лет, схватки начались 14 ч назад. Беременность доношенная. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 9 нед. беременности. Схватки через 5–6 мин по 30 с, слабые. Роженица дремлет между схватками.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. Размеры таза 26–29–32–21 см. АД 110/70, 115/70 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior*). Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Предполагаемая масса плода 3400 г.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края мягкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз, *sutura sagittalis* в правом косом размере таза, *fonticulus parvus* слева спереди. Мыс не достигается.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСЛОЖНЕНИЕ РОДОВ, КОТОРОЕ ИМЕЕТ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ, –
 - 1) первичная слабость родовых сил (затяжная латентная фаза)
 - 2) вторичная слабость родовых сил
 - 3) нормальная родовая деятельность
 - 4) дискоординированная родовая деятельность
2. КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ
 - 1) мониторинг состояния плода
 - 2) амниотомия
 - 3) утеротоническое средство
 - 4) спазмолитики
3. ВОЗМОЖНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
 - 1) некорректируемые нарушения сократительной деятельности матки
 - 2) дистресс плода
 - 3) клинически узкий таз
 - 4) нормализация родовой деятельности и отсутствие дистресса плода

4. УЗКИЙ ТАЗ

Задача № 10



У роженицы 22 лет, доставленной в родильное отделение стационара второго уровня, регулярная родовая деятельность в течение 7 ч, беременность доношенная. Схватки через 4 мин по 35 с средней силы. 2 ч назад отошли светлые воды.

Объективно: рост 164 см, вес 63 кг. АД 115/70, 120/75 мм рт. ст. Размеры таза: 24–26–28–18 см. Индекс Соловьева 1,5. ВСДМ 35 см, ОЖ 92 см. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior*). Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Признак Вастена отрицательный.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края ее тонкие, мягкие, открытие зева 8 см. Плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Подтекают светлые воды. Мыс не достигается.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ У ЖЕНЩИН С УЗКИМ ТАЗОМ, РАЗМЕРЫ КОТОРОГО ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ЗАДАЧЕ, –
 - 1) максимальное сгибание головки
 - 2) выраженная конфигурация головки
 - 3) длительное стояние головки в плоскости входа в малый таз
 - 4) расположение стреловидного шва в косом размере плоскости входа в малый таз
2. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА У ДАННОЙ РОЖЕНИЦЫ
 - 1) I степень
 - 2) II степень
 - 3) III степень
 - 4) IV степень
3. ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ СУЖЕНИИ ТАЗА I СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ СОЧЕТАНИИ С
 - 1) крупным плодом
 - 2) тазовым предлежанием
 - 3) аномалией родовой деятельности
 - 4) дистрессом плода

Задача № 11



Плановая госпитализация беременной 32 лет в отделение патологии беременности перинатального центра. Беременность 38 недель. В анамнезе: преждевременные роды (partus praematurus) в 35 нед., масса плода 2300 г, ребенок жив. Вторые роды были в ожидаемый срок, плод массой 3800 г извлечен мертвым с помощью операции краниотомии (kraniotomia). Настоящая беременность – третья, протекала удовлетворительно. Объективно: рост 150 см, вес 58 кг. АД 110/70, 115/70 мм рт. ст. Размеры таза: 24–26–28–17 см. Индекс Соловьева 16 см. ВСДМ 38 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior). Головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин.

Per vaginam: влагалище рожавшей, шейка матки плотная, длиной 2 см, отклонена кзади, зев закрыт. Предлежит головка, расположена над входом в малый таз. Мыс достигается, диагональная конъюгата (conjugata diagonalis) 10 см.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ФОРМА СУЖЕНИЯ ТАЗА У ДАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ
 - 1) простой плоский таз (pelvis plana simplex)
 - 2) общеравномерносуженный таз (pelvis aequabiliter justo minor)
 - 3) плоскоррахитический таз (pelvis plana rachitica)
 - 4) поперечносуженный таз (pelvis transversoangusta)
2. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ
 - 1) анатомически узкий таз II степени сужения
 - 2) осложненный мертворождением акушерский анамнез
 - 3) предполагаемый вес плода 3800 г
 - 4) преждевременные роды в анамнезе
3. ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ К ОПЕРАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
 - 1) комплексную оценку состояния плода
 - 2) осмотр беременной анестезиологом
 - 3) консультацию терапевта
 - 4) лабораторную диагностику

5. НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Задача № 12



В женскую консультацию обратилась пациентка 25 лет. Жалобы на задержку менструации в течение двух месяцев, тянущие боли внизу живота и поясничной области, кровянистые выделения из половых путей в небольшом количестве.

В анамнезе самопроизвольный выкидыш (abortus spontaneus) в 7 нед. беременности. Менструации с 15 лет по 2–3 дня, через 26 дней, болезненные. Соматически здорова.

Объективно: рост 168 см, вес 59 кг, АД 100/60, 105/65 мм рт. ст.

Per vaginam: влагалище узкое, длинное. Шейка матки конической формы, плотная, зев закрыт. Матка соответствует сроку 7–8 нед. беременности, тонус матки повышен. Придатки матки не пальпируются. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ –

- 1) определение уровня β -ХГЧ в сыворотке крови
- 2) УЗИ органов малого таза (для определения наличия сердцебиения у плода)
- 3) микроскопическое исследование влагалищных мазков
- 4) молекулярно-биологическое исследование на ИППП

2. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) терапия гестагенами
- 2) транексамовая кислота
- 3) спазмолитики
- 4) β -адреномиметики

3. ТАКТИКА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) выскабливание полости матки
- 2) медикаментозное прерывание беременности
- 3) направить материал (абортус) на кариотипирование
- 4) провести профилактику воспалительного процесса

Задача № 13



В гинекологическое отделение перинатального центра поступила беременная 34 лет. В анамнезе срочные роды (partus maturus) плодом массой 4200 г, затем три спонтанных выкидыша (abortus spontaneus) в 16, 18 и 20 недель беременности. Жалоб при поступлении не предъявляет. Соматически здорова.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. АД 120/80, 115/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 14 нед. беременности, тонус матки не повышен.

Per vaginam: влагалище рожавшей женщины, шейка матки длиной 1 см расположена в центре малого таза. Наружный зев размягчен, открытие 1,5 см. Внутренний зев шейки матки плотной консистенции, закрыт. Выделения светлые, в умеренном количестве.

Общий анализ крови и мочи без патологических изменений. Микроскопия мазка из влагалища: лейкоциты 8–10 в поле зрения, клетки плоского эпителия, палочки.

При проведении цервикометрии длина шейки матки 12 мм.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРИЧИНА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ,

- 1) психогенные факторы
- 2) соматические заболевания
- 3) истмико-цервикальная недостаточность
- 4) эндокринная патология беременной

2. ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствуют схваткообразные боли
- 2) нормальный тонус матки
- 3) укорочение длины шейки матки
- 4) кровянистые выделения из шейки матки

3. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) хирургическая коррекция
- 2) спазмолитические средства
- 3) токолитики
- 4) разгружающий пессарий

Задача № 14



В акушерском стационаре II уровня находится беременная 28 лет. Беременность 32 нед. В анамнезе преждевременные роды в 30 нед. (partus praematurus) и искусственный выкидыш (abortus artificialis). Настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания, проводилось лечение. В последние дни ощущала тяжесть внизу живота. Около 10 ч назад начали подтекать околоплодные воды, 2 ч назад появились слабые схватки через 6–7 мин по 30 с. Объективно: состояние удовлетворительное, АД 110/70, 120/80 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин, температура тела 36,7 °С. Матка соответствует сроку гестации, положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior). Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное ритмичное, 136 уд./мин.

Per vaginam: влагалище рожавшей, шейка матки в центре малого таза, укорочена до 0,5 см, мягкая, открытие зева 3 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Подтекают светлые воды.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ВЕДЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО ПРОТОКОЛУ

- 1) постоянное кардиомониторное наблюдение плода
- 2) профилактика РДС плода
- 3) при рождении плода должен присутствовать неонатолог
- 4) токолиз

2. К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ПЛОДА ОТНОСЯТСЯ

- 1) масса новорожденного 2500 г
- 2) масса новорожденного менее 2500 г
- 3) рост менее 45 см
- 4) пупочное кольцо расположено ближе к лону

3. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) неинвазивную вентиляцию легких
- 2) профилактическое введение сурфактанта
- 3) антенатальное введение глюкокортикоидов
- 4) рентгенологический контроль легких

Задача № 15



В родильное отделение акушерского стационара II уровня поступила первобеременная 24 лет. Срок беременности 41,3 нед.

Жалобы на нерегулярные ноющие боли внизу живота и поясничной области в течение 10 дней, ухудшение шевеления плода. Объективно: рост 164 см, вес 73 кг. АД 115/80, 120/80 мм рт. ст. Отеков нет.

Размеры таза: 26–28–31–20 см. ВСДМ 39 см, ОЖ 103 см. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior*). Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 132 уд./мин. Проведена КТГ плода: 6 баллов по шкале Fisher. При доплерометрии пульсационный индекс в артерии пуповины 1,03 (норма), в правой маточной артерии 1,5 (выше нормы), в левой маточной артерии 0,48 (норма).

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная, зев закрыт. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата (*conjugate diagonalis*) 12,5 см.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ
 - 1) внутриутробная гипоксия плода (*hypoxia foetus intranatalis*)
 - 2) слабость родовой деятельности (*dolores debiles*)
 - 3) клинически узкий таз (*cephalopelvic disproportion*)
 - 4) кефалогематома (*kephalohaematoma*)
2. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
 - 1) пролонгирование беременности до начала спонтанных схваток
 - 2) подготовка шейки матки к родам
 - 3) кесарево сечение
 - 4) родовозбуждение
3. ПРИЗНАКИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО
 - 1) повышенная плотность костей черепа
 - 2) «банные» ладони и стопы
 - 3) узость швов и родничков
 - 4) отсутствие первородной смазки

6. ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

Задача № 16



В родильное отделение акушерского стационара II уровня поступила первородящая 34 лет. Жалобы на короткие нерегулярные боли внизу живота, подтекание светлых околоплодных вод. Соматически здорова. Беременность 40 нед.

Объективно: рост 164 см, вес 67 кг.

АД 120/80, 115/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд./мин. Размеры таза: 25–28–31–21 см. Высота стояния дна матки 39 см, окружность живота 98 см. Положение плода продольное, предлежит таз, первая позиция, передний вид. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин, прослушивается выше пупка.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена, мягкая, цервикальный канал проходим для 2 см, плодный пузырь не определяется. Предлежат ягодицы. Мыс не достигается. Деформаций таза нет.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ –
 - 1) тазовое предлежание 1 плода из двойни
 - 2) первородящая старше 30 лет
 - 3) предполагаемая масса плода более 3600 г
 - 4) дородовое излитие околоплодных вод
2. ПРИ РОДАХ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ВОЗМОЖНО
 - 1) слабость родовых сил (dolores debiles)
 - 2) выпадение петель пуповины (prolapsus funiculi umbilicalis)
 - 3) гипоксия плода (hypoxia foeti)
 - 4) запрокидывание ручек плода
3. МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ В ДАННОМ СЛУЧАЕ, –
 - 1) кесарево сечение (sectio caesarea abdominalis)
 - 2) влагалищное оперативное родоразрешение
 - 3) роды через естественные родовые пути (partus per vias naturales)
 - 4) стимуляция родовой деятельности (stimulatio uteri)

Задача № 17



В перинатальном центре находится роженица 20 лет. Роды начались 2 ч назад. Схватки через 3–4 мин по 35–40 с. Роды первые, срочные.

Объективно: рост 158 см, вес 73 кг. АД 110/70, 120/70 мм рт. ст. Размеры таза: 25–27–29–20 см. Индекс Соловьева 16 см. Предполагаемая масса плода 3800 г.

Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин.

Per vaginam: открытие зева 4 см, плодной пузырь цел. Тазовый конец плода прижат к плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода 150 уд./мин. КТГ 9 баллов по Fisher. По данным УЗИ – чисто ягодичное предлежание, отмечается разгибание головки II ст.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПОКАЗАНИЯ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- 1) крупный плод
- 2) анатомически узкий таз
- 3) разгибание головки плода
- 4) возраст женщины

2. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) кесарево сечение (sectio caesarea)
- 2) экстракция плода за тазовый конец (extractio foetus clunibus praevis)
- 3) стимуляция родовой деятельности (stimulatio uteri)
- 4) операция наложения акушерских щипцов (applicatio forcipis obstetricae)

3. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- 1) запрокидывание ручек
- 2) разгибание последующей головки
- 3) перелом ключицы
- 4) интранатальная гибель плода

7. АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Задача № 18



В перинатальный центр по экстренной помощи доставлена беременная 19 лет, беременность 34,4 нед. Беременность первая, последний месяц беременная женскую консультацию не посещала. Заболела остро 2 ч назад. Появились сильные боли в животе, слабость. Позднее из влагалища началось кровотечение (приблизительно 100 мл).

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание сохранено, кожные покровы бледные. АД 100/50, 100/60 мм рт. ст. Пульс 100 уд./мин. Матка соответствует сроку беременности, напряжена, не расслабляется. Части плода определяются с трудом. Сердцебиение плода глухое, 100 уд./мин, аритмичное.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, зев закрыт. Предлежит головка, расположена над входом в малый таз. Выделения – кровь, тёмного цвета, 100 мл.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ –

- 1) матка Кувелера
- 2) ДВС-синдром
- 3) дефицит протеина С
- 4) дефицит витамина К

2. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС –

- 1) отношение систолического давления к пульсу
- 2) отношение диастолического давления к пульсу
- 3) отношение пульса к систолическому давлению
- 4) отношение пульса к диастолическому давлению

3. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРИ ПОНРП В ДАННОМ СЛУЧАЕ –

- 1) инфузионная терапия
- 2) гемотрансфузия
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) коррекция нарушений в системе гемостаза

Задача № 19



В перинатальный центр экстренно доставлена беременная 23 лет с обильным кровотечением из половых путей. Беременность 33 нед. В анамнезе 2 искусственных аборта. Кровотечение началось 1,5 ч назад, ночью. В начале оно было незначительным, затем усилилось. Приблизительный объём кровопотери до приезда бригады скорой медицинской помощи – 600 мл (6 «ночных» гигиенических прокладок). Объективно: кожа бледная. Пульс 106 уд./мин. АД 90/60, 80/60 мм рт. ст. Матка в обычном тоне, соответствует сроку гестации. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior*). Головка плода расположена высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 100 уд./мин. Околоплодные воды целые.

С целью выявления причины акушерского кровотечения проведено ультразвуковое исследование, при котором обнаружено, что плацента полностью перекрывает внутренний зев цервикального канала.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СИТУАЦИЯ, ИМЕЮЩАЯ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ, –

- 1) боковое предлежание плаценты (*placenta praevia lateralis*)
- 2) краевое предлежание плаценты (*placenta praevia marginalis*)
- 3) полное предлежание плаценты (*placenta praevia totalis*)
- 4) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (*ablatio placentae praematura*)

2. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ

- 1) базовые реанимационные мероприятия
- 2) введение бетаметазона
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) сурфактант для новорожденного

3. МЕРОПРИЯТИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СВЕСТИ К МИНИМУМУ ПОТЕРЮ ТЕПЛА У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО, –

- 1) термометрия
- 2) сухие пеленки
- 3) контролируемый источник лучистого тепла
- 4) чепчик на головку новорожденного

Задача № 20



В родильное отделение акушерского стационара II уровня поступила повторнородящая, 27 лет. Беременность 40 нед. Роды начались в срок, вместе со схватками из влагалища появились умеренные кровянистые выделения (50 мл).

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 115/80, 110/70 мм рт. ст. Пульс 78 уд./мин. Размеры таза 26–29–32–21 см. Матка соответствует сроку доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, positio prima, visus anterior*). Головка расположена над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Воды целые. Схватки через 5 мин по 30 с, средней силы.

С целью выявления причины влагалищного кровотечения проведено УЗИ, обнаружены признаки частичного предлежания плаценты (*placenta praevia partialis*). При исследовании *per vaginam*: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, мягкая, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Слева и сзади определяется мягкая губчатая ткань. Предлежит головка над входом в малый таз. Диагональная конъюгата (*conjugata diagonalis*) 13 см.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. РАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ

- 1) ранняя амниотомия
- 2) катетеризация периферической вены
- 3) мониторинг состояния роженицы
- 4) непрерывный мониторинг состояния плода

2. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

- 1) при продолжающемся после амниотомии кровотечении
- 2) при наличии признаков гипоксии плода
- 3) при симптомах геморрагического шока у матери
- 4) при остановке кровотечения после амниотомии

3. МЕТОД ВЫБОРА РАЗРЕЗА ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ НА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКЕ МАТКИ

- 1) ретровезикальное кесарево сечение (*sectio caesarea retrovesicalis*)
- 2) корпоральное кесарево сечение (*sectio caesarea corporalis*)
- 3) истмикокорпоральное кесарево сечение (*sectio caesarea isthmicocorporalis*)
- 4) не имеет значения какой вариант выберет хирург

Задача № 21



Молодая женщина состоит на учете в женской консультации по поводу беременности 8 нед. (по дате последней менструации). Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве и слабые боли внизу живота. При исследовании per vaginam обнаружено увеличение матки до 11 нед. беременности, что не соответствует сроку гестации. Произведено ультразвуковое исследование органов малого таза: вместо признаков нормальной беременности обнаружена картина так называемой «снежной бури». Кроме того, яичники превращены в кисты диаметром 7–8 см с перегородками.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НЕОБХОДИМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) определение концентрации β -ХГЧ в сыворотке крови
- 2) рентгенография легких
- 3) выскабливание полости матки
- 4) гистология материала, полученного из полости матки

2. СИМПТОМ, НЕ ОСТАВЛЯЮЩИЙ СОМНЕНИЙ В ДИАГНОЗЕ

- 1) положительный тест на β -ХГЧ
- 2) обнаружение лютеиновых кист яичников
- 3) отсутствие плода в матке
- 4) обнаружение пузырьков с жидкостью в содержимом полости матки

3. ДЛЯ ТЕКАЛЮТЕИНОВЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) возникновение кист в результате гиперстимуляции яичников эндогенным β -ХГЧ
- 2) изменения происходят в обоих яичниках
- 3) исчезновение кист после удаления пузырного заноса
- 4) доброкачественный характер

Задача № 22



В родильном зале акушерского стационара II уровня находится роженица 21 года. Беременность вторая, роды первые. В анамнезе самопроизвольный выкидыш (abortus spontaneus) в 16 нед. беременности с выскабливанием полости матки.

Рост 161 см, вес 73 кг. Соматически здорова. Через 10 ч от начала схваток родился живой доношенный мальчик весом 3300 г. Через 10 мин после рождения ребенка признаков отделения плаценты нет, из влагалища умеренные кровянистые выделения.

Кровопотеря 150 мл. А/Д 110/70, 115/70 мм рт. ст., пульс 78 уд./мин. Через 20 мин от рождения ребенка кровотечение продолжается в прежнем темпе. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря 350 мл.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА В ДАННОМ СЛУЧАЕ – ЭТО
 - 1) гипотония матки (hypotonia uteri)
 - 2) частичное плотное прикрепление плаценты (placenta adhaerens partialis)
 - 3) полное плотное прикрепление плаценты (placenta adhaerens totalis)
 - 4) частичное истинное приращение плаценты (placenta accreta)
2. РАСПОЗНАВАНИЕ ФОРМЫ АНОМАЛЬНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ВОЗМОЖНО
 - 1) при наружном обследовании матки
 - 2) по отсутствию признака Шредера
 - 3) по отсутствию признака Альфельда
 - 4) во время операции ручного отделения плаценты
3. РАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ПРЕДПОЛАГАЕТ (КЛАССИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО) –
 - 1) наблюдение за признаками отделения плаценты
 - 2) применение наружных способов выделения отделившегося последа по показаниям
 - 3) попытка ручного отделения плаценты без наркоза
 - 4) контролируемое потягивание за пуповину

Задача № 23



В индивидуальном родильном зале перинатального центра находится родильница 32 лет. Беременность и роды четвертые. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, и через 9 ч родилась живая девочка массой 4450 г. С целью профилактики кровотечения введено внутримышечно 10 МЕ окситоцина.

Через 15 мин после рождения ребенка самостоятельно отделилась плацента, и выделился послед, целый. Кровопотеря 250 мл. Через 20 мин из половых путей началось кровотечение. Проведена катетеризация 2 периферических вен, катетеризация мочевого пузыря, начато введение кристаллоидов. Матка мягкая, при наружном массаже выделилось около 300 мл жидкой крови и сгустков. Матка стала несколько плотнее, затем снова расслабилась.

Состояние удовлетворительное, пульс 96 уд./мин, АД 110/60, 110/65 мм рт. ст. Кровопотеря 550 мл.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. К НАЧАЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ
 - 1) ревизия полости матки
 - 2) наружно-внутренний массаж матки
 - 3) ушивание разрывов мягких родовых путей
 - 4) управляемая баллонная тампонада матки
2. К ПЕРЕХОДНОМУ ЭТАПУ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ
 - 1) управляемая баллонная тампонада матки
 - 2) лапаротомия, наложение гемостатических швов на матку
 - 3) продолжение инфузионно-трансфузионной терапии
 - 4) лапаротомия, тотальная гистерэктомия без придатков матки
3. К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЭТАПУ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ
 - 1) лапаротомия, наложение гемостатических швов на матку
 - 2) лапаротомия, лигирование маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий
 - 3) ангиографическая эмболизация
 - 4) лапаротомия, тотальная гистерэктомия без маточных придатков

8. РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ

Задача № 24



В перинатальный центр доставлена роженица 33 лет, схватки через 2–3 мин по 50 с, сильные. Беременность 40 нед. Роды начались 4 ч назад, одновременно излились воды. Беременность шестая, в анамнезе одни срочные роды (partus maturus) и четыре искусственных выкидыша.

Объективно: рост 152 см, вес 65 кг. АД 130/80, 125/80 мм рт. ст. Пульс 90 уд./мин. Размеры таза: 27,5–28–30–18 см. ВСДМ 38 см. ОЖ 105 см. Индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд./мин. Признак Вастена «положительный». Во время схватки роженица беспокойна, кричит. Пальпация нижнего сегмента болезненна.

Per vaginam: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 9 см. Передняя губа шейки матки отечна. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов (sutura sagittalis) в поперечном размере плоскости входа в малый таз, отклонен кпереди. Диагональная конъюгата (conjgata diagonalis) 11 см.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ФОРМА СУЖЕНИЯ ТАЗА У РОЖЕНИЦЫ

- 1) простой плоский таз (pelvis plana simplex)
- 2) общеравномерносуженный таз (pelvis aequabiliter justo minor)
- 3) поперечносуженный таз (pelvis transversoangusta)
- 4) плоскоррахитический таз (pelvis plana rachitica)

2. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА У РОЖЕНИЦЫ

- 1) задний асинклитизм
- 2) аборт в анамнезе
- 3) анатомическое сужение таза
- 4) клиническое несоответствие размеров головки плода и таза роженицы

3. РАЦИОНАЛЬНЫЙ СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- 1) краниотомия (craniotomia)
- 2) операция наложения акушерских щипцов (application forcipes obstetricae)
- 3) экстренное кесарево сечение (section caesarea)
- 4) операция наложения вакуум-экстрактора (vacuum-extractio)

Задача № 25



В родильном зале перинатального центра у повторнородящей через 30 мин после начала второго периода родов появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм рт. ст. Схватки через 2–3 мин по 50–55 с, средней силы. Матка вне схватки плохо расслабляется, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Размеры таза 25–28–31–18 см. Признак Вастена «положительный». Сердцебиение плода глухое, 170–180 уд./мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия. При исследовании per vaginam: открытие шейки матки полное, отёк передней губы шейки матки; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов (*sutura sagittalis*) отклонён кпереди, достигаются большой и малый родничок (*fonticulus magnus et parvus*), расположенные на одном уровне.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 1) появление потуг (*labores parturientium*)
- 2) излитие околоплодных вод (*effluvium liquoris amnii*)
- 3) полное открытие маточного зева
- 4) вставление головки плода во вход в малый таз

2. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ В ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

- 1) отсутствие поступательного движения головки плода, стоящей во входе в малый таз, при наличии хорошей родовой деятельности
- 2) признак Вастена «вровень»
- 3) задержка мочеиспускания
- 4) отек шейки матки

3. ПРИ ЗАДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ

- 1) стреловидный шов отклонен кзади
- 2) стреловидный шов на одинаковом удалении от крестца и симфиза
- 3) стреловидный шов отклонен кпереди
- 4) возникает клиническое несоответствие размеров головки плода и размеров таза роженицы

Задача № 26



Повторнородящая 32 лет поступила в отделение патологии беременности перинатального центра с доношенной беременностью за неделю до предполагаемого срока родов. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились искусственным выкидышем, третья – операцией планового кесарева сечения по поводу центрального предлежания плаценты.

Ночью начались схватки слабой силы, вызвала дежурного врача. Схватки через 10–12 мин по 20–25 с. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт. ст., пульс 120 уд./мин. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Схватки прекратились, сердцебиение плода не прослушивается, головка плода сместилась вверх, отчетливо пальпируются мелкие части плода.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСЛОЖНЕНИЕ В РОДАХ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) начавшийся разрыв матки (ruptura uteri imminens)
- 2) свершившийся полный разрыв матки (rupture uteri completa)
- 3) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ablatio placentae praematura)
- 4) эмболия (embolia)

2. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦЕ

- 1) противошоковая терапия
- 2) глубокий интубационный наркоз
- 3) лапаротомия
- 4) перидуральная анестезия

3. ВОЗМОЖНЫЙ ОБЪЁМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 1) ушивание разрыва
- 2) субтотальная гистерэктомия
- 3) тотальная гистерэктомия
- 4) перевязка повздошных артерий (с одной или с обеих сторон)

9. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Задача № 27



В отделении патологии беременности акушерского стационара II уровня находится повторнобеременная 21 года. Беременность 27 нед. Жалобы на головокружение, слабость, утомляемость. Первые роды 1,5 года назад осложнились задержкой частей плаценты и кровотечением в раннем послеродовом периоде. Производилась операция – ручная ревизия полости матки (*revisio cavi uteri manualis*). Ребенка кормила грудью до 8 мес. Объективно: рост 163 см, вес 56 кг. Кожа бледная. АД 95/60, 100/60 мм рт. ст. Пульс 90 уд./мин, ритмичный. ЭКГ – синусовая тахикардия. Матка вне тонуса, ВДМ 24 см, ОЖ 95 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 165 уд./мин.

Анализ крови: Нв – 72 г/л, эр. – 2,2 Т/л, л – 5,2 Г/л, э – 2%, с – 74%, п/я – 3%, л – 18%, м – 3%, ретикулоциты – 14%, анизопокилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови – 8 мкмоль/л, ферритин 3 нг/м, общий белок 58 г/л. Общий анализ мочи без патологических изменений.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) железодефицитная анемия латентная
- 2) железодефицитная анемия легкой степени
- 3) железодефицитная анемия средней степени
- 4) железодефицитная анемия тяжелой степени

2. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С АНЕМИЕЙ

- 1) назначение фолатов
- 2) коррекция дефицита железа
- 3) восполнение дефицита белка
- 4) контроль состояния плода

3. ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНЕМИИ

- 1) спонтанный выкидыш (*abortus spontaneus*)
- 2) преэклампсия (*preeclampsia*)
- 3) внутриутробная гипоксия плода (*hypoxia intrauterina*)
- 4) первичная родовая слабость (*dolores debiles primaria*)

Задача № 28



В отделении патологии беременности перинатального центра находится пациентка 23 лет. Беременность 36,4 нед. В анамнезе одни роды. В связи с заболеванием сердца (ревматическая болезнь, стеноз митрального клапана) 3 года назад ей была произведена операция протезирования митрального клапана двустворчатым шарнирным протезом с хорошим исходом. В течение 1 триместра беременности принимала Клексан, во 2 и в 3-м триместрах принимает Варфарин.

Жалобы при поступлении на одышку и сердцебиение.

Объективно: рост 160 см, вес 63,5 кг. Кожные покровы нормальной окраски, небольшие отеки ног. Пульс в покое: 96 уд./мин, единичные экстрасистолы. АД 100/70, 110/70 мм рт. ст, ЧДД 21 в мин. Тоны сердца ясные, на верхушке и в точке Боткина систолический и диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии, щелчки открытия клапана. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень пальпировать не удается из-за высокого стояния матки. Проводимая терапия: варфарин, панангин и омепразол.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

- С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА БЕРЕМЕННЫМ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
 - эхокардиография
 - компьютерная томография
 - магнито-резонансная томография
 - контрастная вентрикулография
- СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН) В ДАННОМ СЛУЧАЕ –
 - I стадия
 - III стадия
 - II Б стадия
 - II А стадия
- ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ
 - родоразрешение путем планового кесарева сечения в 37 нед.
 - родоразрешение путем экстренного кесарева сечения
 - назначение бета-адреноблокаторов
 - назначение сердечных гликозидов

Задача № 29



В НИИ кардиологии проводится междисциплинарный консилиум с привлечением врачей акушеров-гинекологов. Беременная 17 лет, настоящая беременность первая, срок беременности 31 нед. Жалобы на приступы учащенного сердцебиения с ЧСС до 190 уд./мин, возникающие 3–6 раз в нед., как в покое, так и при умеренной физической нагрузке, сопровождающиеся головокружением и слабостью. Впервые такой приступ возник в 15 лет. Проведённое обследование у педиатра (в том числе

ЭКГ) патологии не выявили. Приступы были редкими, купировались самостоятельно. Учащение приступов до 3–6 в нед. и удлинение их продолжительности (до 5–12 ч) отметила с 20 нед. беременности. Принимает комбинированную антиаритмическую терапию (конкор, пропанорм). Устойчивого эффекта от проводимой терапии нет.

Объективно: состояние пациентки удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Рост 163 см, вес 73 кг. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. SatO₂ 98%. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 уд./мин. Дефицита пульса нет. АД 110/70 мм рт. ст. Пульсация периферических артерий сохранена. ВСДМ 30 см, тонус матки в норме. На ЭКГ зарегистрирован пароксизм наджелудочковой тахикардии с ЧСС 173 уд./мин. с депрессией сегмента ST до 1,5 мм на фоне тахисистолии. Суточное мониторирование ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 68–138 уд./мин. Депрессии сегмента ST не выявлено. КТГ плода: нормотип. Заключение кардиолога: идиопатическое нарушение ритма сердца: пароксизмальная правопредсердная тахикардия.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
 - 1) увеличение сердечного выброса
 - 2) увеличение объема циркулирующей крови
 - 3) снижение периферического сосудистого сопротивления
 - 4) обратимые изменения на ЭКГ
2. ВЕДЕНИЕ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ
 - 1) РЧА правопредсердной тахикардии
 - 2) профилактика РДСН перед операцией
 - 3) родоразрешение путем экстренного кесарева сечения
 - 4) родоразрешение путем программированных родов
3. ТАКТИКА ПРИ УСЛОВИИ ПОЛУЧЕНИЯ ЭФФЕКТА ПОСЛЕ РЧА
 - 1) пролонгирование беременности
 - 2) плановое КС в 39 нед. беременности
 - 3) программированные роды в 39 нед. беременности
 - 4) ожидание спонтанного начала родов в 40 нед. беременности

Задача № 30



Из районной больницы в перинатальный центр доставлена первобеременная 25 лет. Беременность 35 нед. Жалобы на жажду, одышку, отеки ног, частое мочеиспускание. Диагноз сахарного диабета 1 типа установлен в возрасте 6 лет. В дебюте в течение месяца снижение массы тела, полиурия, полидипсия, кетоацидоз.

При поступлении инсулинотерапия по схеме: Левемир 23:00 – 16 ед., Новорапид 8–10 ед. на прием пищи (углеводный коэффициент 2 ед: 1ХЕ). Самоконтроль проводит до 5 раз в сутки, ХЕ учитывает. Гликемия 6–7 ммоль/л. натощак, после еды 9–10 ммоль/л. Гипогликемии чаще в утренние часы, симптомы ощущает. Полинейропатии и нефропатия с 12 лет, проходила лечение сулодексидом, микроальбуминурия в норме. УЗИ внутренних органов – жировой гепатоз.

Биохимический анализ крови: общий белок 65,5 г/л; мочевины 1,8 ммоль/л; креатинин 56,1 мкмоль/л; триглицериды 1,37 ммоль/л; холестерин 6,56 ммоль/л; индекс атерогенности 2; гликированный Hb 7,2%; ЛПНП 3,68 ммоль/л; ЛПВП 2,29 ммоль/л; глюкоза 7,8 ммоль/л.

Объективно: рост 165 см, вес 92 кг. Отеки ног, передней брюшной стенки. Размеры таза нормальные. АД 120/80, 115/70 мм рт. ст. ВСДМ 44 см, ОЖ 106 см. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima*). Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин, слева ниже пупка.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ТИП САХАРНОГО ДИАБЕТА

- 1) гестационный сахарный диабет
- 2) прегестационный I типа
- 3) прегестационный II типа
- 4) диабет неуточнённый

2. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ДИАБЕТОМ

- 1) профилактика формирования диабетической фетопатии
- 2) профилактика преэклампсии
- 3) целевой уровень HbA1C до 6,5%
- 4) информационная поддержка беременной

3. ПЛАН РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) роды через естественные родовые пути в 37 нед. беременности
- 2) роды через естественные родовые пути в 40 нед. беременности
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) плановое кесарево сечение в 37 нед. беременности

Задача № 31



В санпропускнике областной клинической больницы находится беременная 28 лет. Беременность 27 нед. Жалобы на боли в поясничной области справа, повышение температуры тела, озноб, слабость, головную боль. До настоящего времени беременность протекала без осложнений. Считала себя здоровой.

Объективно: рост 160 см, вес 58 кг. Кожа чистая, бледная, горячая. Температура 38 °С, пульс 112 уд./мин, АД 120/80, 120/85 мм рт. ст. Справа в поясничной области при поколачивании определяется болезненность. Мочеиспускание безболезненное. Анализ мочи: моча соломенно-жёлтого цвета, мутная, удельный вес 1017, белок 0,066 г/л, лейкоциты сплошь в поле зрения. Живот мягкий, матка в нормальном тоне, соответствует сроку 27 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima*). Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд./мин.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СТЕПЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ
 - 1) неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности (I степень)
 - 2) хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности (II степень)
 - 3) пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией (III степень)
 - 4) ситуация неясна
2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ
 - 1) анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому
 - 2) бактериологическое исследование мочи
 - 3) ультразвуковое исследование почек
 - 4) ОАК
3. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
 - 1) преждевременные роды (*partus praematurus*)
 - 2) задержка роста плода (*hypotrophia foetus*)
 - 3) преэклампсия (*praeklampsia*)
 - 4) анемия (*anemia*)

Задача № 32



В отделении патологии беременности перинатального центра находится пациентка 24 лет. Беременность 33 нед. В детстве перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, отеки голеней. Пульс 86 уд./мин. АД 120/70, 115/70 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 31–32 неделям беременности. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima*). Сердцебиение плода ясное ритмичное, 130 уд./мин.

При обследовании обнаружены изменения в анализах мочи: белок в разовой порции мочи 2,65 г/л; суточная протеинурия 8,24 г/л/сут; микроскопия осадка мочи: лейкоциты 6–8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л – 2600, эр – 25100. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания удельного веса 1007–1012 г.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК, ИМЕЮЩЕЕСЯ У ПАЦИЕНТКИ, –
 - 1) гломерулонефрит, латентная форма
 - 2) пиелонефрит
 - 3) гломерулонефрит отечно-нефротическая форма
 - 4) гломерулонефрит смешанная форма
2. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДИАГНОЗ, –
 - 1) протеинурия
 - 2) гематурия
 - 3) изостенурия
 - 4) цилиндрурия
3. ПЛАН ВЕДЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ –
 - 1) пролонгирование беременности и лечение гломерулонефрита
 - 2) экстренное кесарево сечение
 - 3) плановое кесарево сечение
 - 4) родовозбуждение

10. ЭМБОЛИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ

Задача № 33



В родильном блоке акушерского стационара II уровня находится роженица 28 лет. Беременность 40 нед. Срочные роды. Родовая деятельность продолжается 11 ч, излитие амниотической жидкости произошло 2 ч назад. Схватки сильные, через 2–3 мин по 50 с, резко болезненные. Поведение роженицы беспокойное.

Объективно: АД 130/90, 140/90 мм рт. ст., пульс 96 уд./мин. Матка во время схватки плотная, вне схватки почти не расслабляется. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima*). Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 150 уд./мин.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края ее плотные, открытие маточного зева 5 см. Во время схватки тонус шейки матки повышается. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у симфиза. Внезапно состояние роженицы резко ухудшилось: озноб, одышка, цианоз, АД 70/40, 60/40 мм рт. ст. Пульс 130 уд./мин, нитевидный. Сердцебиение плода не выслушивается.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. К ФАКТОРАМ РИСКА ЭМБОЛИИ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ НЕ ОТНОСИТСЯ
 - 1) дискоординированная родовая деятельность
 - 2) многоводие
 - 3) индукция родов
 - 4) снижение биохимических маркеров по результатам I скрининга
2. ЭКСТРЕННАЯ ТЕРАПИЯ НАЧИНАЕТСЯ С МЕРОПРИЯТИЙ –
 - 1) введение раствора промедола, димедрола, диазепама
 - 2) инфузионная терапия, введение глюкокортикоидов
 - 3) эпидуральная анестезия
 - 4) экстренное родоразрешение
3. СПОСОБ РОДРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ –
 - 1) операция наложения акушерских щипцов (*applicatio forcipis obstetricae*)
 - 2) кесарево сечение (*sectio caesarea*)
 - 3) стимуляция родовой деятельности (*stimulatio uteri*)
 - 4) роды через естественные родовые пути (*partus per vias naturales*)

11. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Задача № 34



В индивидуальном родильном зале перинатального центра находится роженица 22 лет. Беременность 38 нед. Биоплацентарная, биамниотическая двойня по данным УЗИ. Срочные роды (partus maturus). Роды начались 4 ч назад. Схватки через 4–5 мин, средней силы, регулярные. Околоплодные воды целы. Объективно: рост 164 см, вес 86 кг.

АД 115/70, 120/70 мм рт. ст. Пульс 80 уд./мин. Размеры таза: 25–28–31–20 см. ВДМ 44 см, окружность живота 116 см.

Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид (situs longitudinalis, praesentatio capitis, position prima, visus anterior). Головка плода прижата ко входу в малый таз. Величина головки не соответствует большому объему матки. В дне матки пальпируются 2 крупных части плода: слева – округлая баллотирующая плотная, справа – более мягкая, не баллотирующая. Сердцебиение выслушивается слева выше пупка 136 уд./мин, ритмичное, а также справа ниже пупка 140 уд./мин, ритмичное.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, мягкая, открытие зева 6 см. Плодный пузырь цел, во время схватки напрягается. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сагиттальный шов (sutura sagittalis) в левом косом размере таза, малый родничок (fonticulus parvus) справа у симфиза. Мыс не достигается.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ДВОЙНЕЙ

- 1) родовой травматизм матери и плодов
- 2) слабость схваток и потуг
- 3) кровотечение в раннем послеродовом периоде
- 4) дистресс второго плода после рождения первого

2. ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ДВОЙНЕЙ

- 1) непрерывный КТГ мониторинг
- 2) после рождения первого ребенка наружное акушерское и влагалищное исследование
- 3) после рождения первого ребенка следует вскрыть плодный пузырь второго плода
- 4) в/в инфузия окситоцина

3. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) введение утеротонического средства
- 2) наружный массаж матки
- 3) наружно-внутренний массаж матки
- 4) выведение мочи

12. ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Задача № 35



На прием к врачу женской консультации пришла первобеременная 19 лет. Беременность 32 нед. Жалобы на слабость, головокружение, утомляемость. Объективно: рост 166 см, вес 54 кг. Кожа чистая, АД 90/55, 95/60 мм рт. ст. Пульс 80 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. ВДМ 27 см., ОЖ 96 см.

Матка по величине соответствует сроку 27 недель. Положение плода продольное, предлежание тазовое, первая позиция, передний вид (*situs longitudinalis, praesentatio pelvis, visus anterior, positio prima*). Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 120 уд./мин.

Проведено УЗ-исследование: в матке один плод в тазовом предлежании, плацента расположена по задней стенке матки, I–II степени зрелости, толщиной 24 мм, нормоводие; плод по размеру головки и бедра соответствует сроку 32 нед., по окружности груди и живота 27 нед. беременности; нарушение МПК II степени. КТГ 6 баллов по Fisher.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

- ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА В ДАННОМ СЛУЧАЕ
 - расположение плаценты по задней стенке матки
 - артериальная гипотония
 - внутриутробная инфекция плода
 - тазовое предлежание плода
- ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
 - рациональная диета
 - полноценный сон
 - лечебная гимнастика, массаж
 - нормализация питьевого режима
- ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ В ДАННОМ СЛУЧАЕ (ЗРП 2-Й СТЕПЕНИ)
 - мониторинг плода
 - лечение артериальной гипотонии
 - проведение профилактики РДСН
 - при ухудшение показаний доплерометрии, КТГ или уменьшение ИАЖ – досрочное родоразрешение

Задача № 36



Первородящая 25 лет поступила в родильное отделение акушерского стационара II уровня с диагнозом: беременность 42 нед. 3 дня. Запоздалые роды. Через 12 ч от начала родовой деятельности роженица родила доношенного мальчика массой 3990 граммов. Оценка плода по шкале Апгар в конце 1 мин 4 балла и через 5 мин после рождения – 5 баллов. Кожные покровы бледные, акроцианоз, мышечный тонус снижен, крик слабый после отсасывания слизи, частота сердечных сокращений 110 уд./мин, частота дыхания – 40 в мин.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ АПГАР ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) оценить состояние новорожденного
- 2) установить показания к проведению реанимационных мероприятий
- 3) определить эффективность реанимационных мероприятий
- 4) планировать объем помощи после реанимации

2. АКТИВИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР НОВОРОЖДЕННОГО ОКАЗЫВАЮТ

- 1) гипоксемия
- 2) гиперкапния
- 3) тактильные раздражения
- 4) понижение температуры окружающей среды после рождения плода

3. МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ, – ЭТО

- 1) отсасывание амниотической жидкости из верхних дыхательных путей
- 2) лучистое тепло, мониторинг жизненно важных функций
- 3) неинвазивная искусственная вентиляция легких
- 4) инфузионная терапия

13. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЁННОГО

Задача № 37



Роды у пациентки 32 лет в перинатальном центре. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая – искусственным абортom, третья – родами в 38 нед., ребенок умер на седьмые сутки от желтухи.

Во время настоящей беременности обнаружены резус-антитела в сыворотке крови в титре 1:10. При динамическом наблюдении нарастания титра антител не отмечено.

Максимальная скорость кровотока в средней мозговой артерии – зона В. В 36 нед., после проведения профилактики РДСН, решено провести родовозбуждение. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, родилась живая девочка массой 3000 г. Состояние ребенка средней степени тяжести, кожа бледная. Оценка по шкале Апгар через 1 мин 4 балла, через 5 мин после рождения – 5 баллов. Билирубин в пуповинной крови 56 мкмоль/л, гемоглобин – 130 г/л. Группа крови плода II (A), резус-положительная.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ

- 1) физиологическое
- 2) гемолитическая анемия без желтухи и водянки
- 3) гемолитическая анемия с желтухой
- 4) гемолитическая анемия с желтухой и водянкой

2. СВОЕВРЕМЕННО РЕШИТЬ ВОПРОС О ЗАМЕННОМ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ (ЗПК) ПОЗВОЛИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) почасового прироста билирубина в сыворотке крови ребенка
- 2) содержания гемоглобина в периферической крови ребенка
- 3) количества эритроцитов в крови ребенка
- 4) показатель гематокрита в крови ребенка

3. ПРОФИЛАКТИКОЙ РЕЗУС-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) введение антирезусного иммуноглобулина в 28 нед. беременности у резус-неиммунизированных женщин
- 2) введение антирезусного иммуноглобулина после прерывания беременности
- 3) введение антирезусного иммуноглобулина через 72 ч у резус-неиммунизированных женщин, родивших резус-положительного ребёнка
- 4) динамическое исследование максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии каждые 2 нед., начиная с 20 нед.

14. СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ И АБОРТА

Задача № 38



В гинекологическое отделение городского родильного дома по «скорой помощи» поступила больная 20 лет с жалобами на повышение температуры тела, озноб, общую слабость, боли в животе, кровяные выделения из влагалища. Задержка менструации на 3 месяца. Половая жизнь с 18 лет, в браке не состоит. С целью прерывания беременности пациентка вводила в полость матки катетер

3 дня назад. Состояние тяжелое: заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Цвет кожи землисто-серый, петехии, иктеричность склер, ладоней. Температура тела 39,2 °С, SatO₂ 90%, пульс 140 уд./мин, ритмичный, ЧДД 20 в мин. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка. Моча выделяется в небольшом количестве, цвета мясных помоев.

Status genitalis: влагалище нерожавшей, матка увеличена до 11–12 нед. беременности, болезненная при пальпации, придатки матки не увеличены, шейка матки укорочена до 2 см, наружный зев пропускает палец. Выделения умеренные, гнойного характера, с неприятным запахом.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БЕРЕМЕННОЙ В ДАННОМ СЛУЧАЕ
 - 1) послеродовой эндометрит (endometritis puerperalis)
 - 2) параметрит (parametritis)
 - 3) сепсис (sepsis)
 - 4) тромбофлебит (thrombophlebitis)
2. АДЕКВАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
 - 1) интенсивная терапия, лапаротомия, тотальная гистерэктомия с маточными трубами
 - 2) интенсивная терапия, вакуум-эксхолеация плода
 - 3) интенсивная консервативная терапия
 - 4) интенсивная терапия, кюретаж матки
3. ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ВЫКИДЫШЕ
 - 1) острая печеночная недостаточность
 - 2) легочная недостаточность
 - 3) септический миокардит
 - 4) почечная недостаточность

Задача № 39



В послеродовом отделении находится родильница 29-ти лет. 5 дней назад произошли срочные роды, осложнившиеся ранним излитием околоплодных вод и слабостью родовых сил. Ребёнок приложен к груди через 2 ч после родов, сосёт активно. На третьи сутки после родов отмечено нагрубание молочных желез, затрудненное сцеживание молока.

На пятые сутки после родов появился озноб, повышение температуры тела до 38,4 °С, головная боль, слабость, боль в правой молочной железе. Молочные железы в состоянии выраженного нагрубания, имеются трещины на сосках. В правой молочной железе в наружном квадранте пальпируется болезненное уплотнение, кожа над ним гиперемирована, горячая.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА «ПОСЛЕРОДОВОЙ МАСТИТ» –
 - 1) лихорадка, температура тела >37,8 °С, озноб
 - 2) локальная болезненность, гиперемия, уплотнение и отёк молочных желёз
 - 3) гнойное отделяемое из соска
 - 4) УЗ-признаки мастита
2. ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ –
 - 1) решить вопрос о грудном вскармливании
 - 2) антибиотики – основной компонент терапии
 - 3) возможно лечение без хирургического вмешательства
 - 4) хирургическое лечение по показаниям
3. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ –
 - 1) серозный мастит (mastitis serosa)
 - 2) гнойный мастит (mastitis purulenta)
 - 3) гипогалактия (hypogalacthia)
 - 4) лактостаз (lactostasis)

Задача № 40



Родильница, возраст 25 лет, находится в послеродовом отделении городского родильного дома. Жалобы на озноб, повышение температуры тела, боли внизу живота. Роды произошли 2 дня назад, осложнение в третьем периоде родов – плотное прикрепление плаценты (*placenta adhaerens*). Проведена операция ручного отделения плаценты и выделения последа (*separation et extraction placentae manualis*).

Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,3 °С, пульс 116 уд./мин, ритмичный, SatO₂ 97%. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, дно матки на уровне пупка. Лохии кровяные, без запаха. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания, при пальпации безболезненные.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. К ПЕРВОМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ
 - 1) эндометрит (*endometritis*)
 - 2) параметрит (*parametritis*)
 - 3) сепсис (*sepsis*)
 - 4) тромбофлебит (*thrombophlebitis*)
2. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ВКЛЮЧАЕТ
 - 1) антибиотики широкого спектра действия
 - 2) утеротонические препараты
 - 3) дезинтоксикацию
 - 4) эстроген-гестагенные препараты (КОК)
3. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО (БАЗИСНОГО) ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ
 - 1) вакуум-аспирация содержимого матки
 - 2) бережный кюретаж полости матки
 - 3) аспирационно-промывное дренирование
 - 4) гистероскопия с выскабливанием полости матки

Задача № 41



В отделении анестезиологии и реанимации перинатального центра находится роженица, возраст 36 лет, после операции кесарева сечения (sectio caesarea), выполненного двое суток назад в связи с наличием рубца на матке. С первых суток послеоперационного периода отмечается повышение температуры тела 37,9–38,6 °С. Проводится антибактериальная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,1 °С, SatO₂ 95%, пульс 124 уд./мин, АД 110/70, 110/60 мм рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина–Блумберга слабоположительный. Перистальтика кишечника не выслушивается, газы не отходят, проводимая стимуляция кишечника малоэффективна.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
 - 1) хориоамнионит
 - 2) несостоятельность швов на матке
 - 3) парез кишечника
 - 4) длительный безводный период до операции
2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ «РАННЕГО ПЕРИТОНИТА» ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
 - 1) лихорадка
 - 2) психомоторное возбуждение
 - 3) жажда
 - 4) тахикардия
3. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА
 - 1) субтотальная гистерэктомия с маточными трубами (hysterectomy subtotalis cum tubae uterinae bilateralis)
 - 2) тотальная гистерэктомия с маточными трубами (hysterectomy totalis cum tubae uterinae bilateralis)
 - 3) субтотальная гистерэктомия (hysterectomy subtotalis)
 - 4) тотальная гистерэктомия (hysterectomy totalis)

15. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Задача № 42



В женскую консультацию обратилась пациентка 26 лет. Жалобы на боли внизу живота справа в течение двух дней, слабость, головокружение и темно-коричневые выделения из половых путей после задержки менструации на 2 нед. Боли иррадируют в прямую кишку. Менструации с 13 лет по 5 дней, регулярные, через 28 дней, безболезненные, умеренные. Контрацепция – coitus interruptus.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, температура 36,8 °С, пульс 84 уд./мин, АД 110/70, 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в нижних отделах, больше справа. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Status genitalis: влагалище узкое, матка несколько увеличена, смещение ее вызывает боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Шейка матки визуально не изменена. Выделения скудные, темно-коричневого цвета.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭКТОПИЧЕСКУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ (НЕНАРУШЕННАЯ ГЕМОДИНАМИКА) НАЧИНАЕТСЯ С
 - 1) экспресс-тест с мочой на ХГЧ
 - 2) определение в сыворотке крови концентрации β -ХГЧ
 - 3) УЗИ органов малого таза
 - 4) кульдоцентез
2. ПРИЗНАКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
 - 1) задержка менструации
 - 2) низкая концентрация β -ХГЧ в сыворотке крови
 - 3) отсутствие плодного яйца в полости матки при УЗИ
 - 4) нестабильная гемодинамика
3. ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЙ ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ
 - 1) лапароскопия, сальпингокелифозэктомия (laparoscopia, salpingokelyphoectomy)
 - 2) лапароскопия, сальпинготомия и келифозэктомия (laparoscopia, salpingotomia et kelyphoectomy)
 - 3) лапаротомия, резекция маточной трубы (laparotomia, resectio tubae uterinae)
 - 4) лапаротомия, удаление перитубарной гематомы (laparotomia, haematomectomy peritubarium)

Задача № 43



В гинекологическое отделение по экстренной помощи поступила больная 31 года. Жалобы на боли внизу живота, больше справа, слабость, головокружение, тошноту. Заболела внезапно на работе. Отмечает задержку менструации на 10 дней. Контрацепция – coitus interruptus.

Объективно: состояние тяжелое, резкая бледность кожных покровов, заторможенность, на вопросы отвечает с трудом. АД 80/40, 85/40 мм рт. ст. Пульс 120 уд./мин, слабого наполнения, SatO₂ 92%, температура 36,6 °С. Язык влажный. При пальпации живота имеет место симптом Куленкампа (положительный симптом Щеткина–Блюмберга при абсолютно мягком животе).

Status genitalis: влагалище рожавшей, слизистая бледная, задний свод влагалища «нависает». Пальпация матки и ее придатков затруднена из-за резкой болезненности. Шейка матки визуальна не изменена, выделения темно-кровянистые, скудные.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ С НАРУШЕННОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ
 - 1) экспресс-тест с мочой на Р-ХГЧ
 - 2) выжидание и наблюдение в динамике
 - 3) УЗИ органов малого таза
 - 4) кульдоцентез
2. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
 - 1) перфоративная язва желудка
 - 2) разрыв селезёнки
 - 3) острый аппендицит
 - 4) кишечная непроходимость
3. ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРОВОПОТЕРИ И ШОКА
 - 1) лапаротомия, сальпинготомия и келифэктомия (laparotomia, salpingotomia et kelyphoectomia)
 - 2) лапаротомия, сальпингокелифэктомия (laparotomia, salpingokelyphoectomia)
 - 3) лапароскопия, сальпинготомия и келифэктомия (laparoscopia, salpingotomia et kelyphoectomia)
 - 4) лапароскопия, сальпингокелифэктомия (laparoscopia, salpingokelyphoectomia)

16. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Задача № 44



В женскую консультацию обратилась пациентка 24 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2 мес., тошноту, нагрубание молочных желез. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Беременность желанная. Женщина работает воспитательницей в детском саду. Две недели назад отметила сыпь на лице и груди, повышение температуры до 38 °С. Незадолго до этого был контакт с ребенком, больным краснухой (rubeola). Объективно: состояние удовлетворительное, кожа чистая, несколько увеличены шейные лимфоузлы. Матка соответствует 10–11 нед. беременности, безболезненная, придатки не пальпируются. Выделения молочного цвета.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДА ВИРУСОМ КРАСНУХИ
 - 1) выкидыш (abortus spontaneus)
 - 2) мертворождение (natus mortuus)
 - 3) ВПР плода (defectus foeti)
 - 4) преждевременные роды (partus praematurus)
2. СРОКИ ВАКЦИНАЦИИ И РЕВАКЦИНАЦИИ ОТ КРАСНУХИ
 - 1) 12 мес., 6 лет
 - 2) 12 мес., 3 года
 - 3) 6 мес., 5 лет
 - 4) 6 мес., 18 лет
3. В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ВИРУСОМ КРАСНУХИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
 - 1) определение IgM в сыворотке крови в динамике
 - 2) определение IgG в сыворотке крови в динамике
 - 3) пролонгирование беременности
 - 4) прерывание беременности

Задача № 45



У пациентки 26 лет наступила беременность после проведения программы стимуляции овуляции в связи с первичным эндокринным бесплодием.

Первые недели беременности протекали с признаками угрозы выкидыша. На 10 нед. при ультразвуковом исследовании обнаружена картина неразвивающейся беременности. Содержание β -ХГЧ в сыворотке крови беременной не соответствует сроку гестации (меньше 20000 мМЕ/л), РАРР-А менее 0,46 мЕД/мл. Проведено искусственное прерывание неразвивающейся беременности. В результате кариотипирования абортуса обнаружена трисомия 13 пары хромосом.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАЗВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) синдром Дауна
- 2) синдром Тернера
- 3) синдром Эдварса
- 4) синдром Патау

2. ЗАДАЧИ, КОТОРЫЕ РЕШАЮТСЯ ПРИ РЕТРОСПЕКТИВНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТКИ ВРАЧОМ-ГЕНЕТИКОМ

- 1) уточнение семейного анамнеза
- 2) обследование родителей
- 3) уточнение диагноза
- 4) определение риска повторного ВПР плода

3. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАЛИЧИЕМ ДОБАВОЧНОЙ ХРОМОСОМЫ В 13 ПАРЕ

- 1) микроцефалия
- 2) грубые пороки сердца
- 3) расщепление верхней губы и неба
- 4) множественные пороки

Задача № 46



В женскую консультацию обратилась пациентка 32 лет по поводу задержки менструации на 7 дней. Выяснено, что 2 нед. назад женщине произведена рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, сделано 4 снимка.

При исследовании per vaginam обнаружено увеличение матки до 5 нед. беременности. Экспресс-тест на ХГЧ с мочой положительный. При ультразвуковом исследовании органов малого таза в полости матки обнаружено плодное яйцо. В течение 8 лет женщина лечилась по поводу первичного бесплодия (sterilitas primaria).

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРОЛОНГИРОВАТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) нецелесообразно
- 2) целесообразно с пренатальной неинвазивной диагностикой плода
- 3) целесообразно после обследования матери
- 4) целесообразно с инвазивной пренатальной диагностикой плода

2. ВОЗМОЖНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) фетопатия (foetopathia)
- 2) эмбриопатия (embryopathia)
- 3) малая масса плода (hypotrophia foeti)
- 4) уменьшение размеров головки плода (microcephalia)

3. ПРАВИЛО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

- 1) тест на беременность перед рентгенографией
- 2) УЗИ органов малого таза перед рентгенографией
- 3) «правило 10 дней»
- 4) определение дозы облучения

Задача № 47



Женщина 30 лет обратилась в медико-генетическую консультацию с жалобой на привычное невынашивание беременности. В анамнезе пять спонтанных выкидышей сроком от 6 до 8 нед. Фенотип типичный женский.

При обследовании выявлен первичный АФС-синдром.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АФС –

- 1) артериальные, венозные или тромбозы мелких сосудов в любой ткани или органе
- 2) один или более случаев внутриутробной гибели морфологически нормального плода после 10 нед. гестации
- 3) один или более случаев преждевременных родов морфологически нормального плода до 34 недель гестации (тяжелая преэклампсия, эклампсия, выраженная плацентарная недостаточность)
- 4) три или более последовательных случаев спонтанных аборт до 10 нед. гестации

2. ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ АФС –

- 1) антитела к кардиолипину IgG или IgM
- 2) антитела к β_2 -гликопротеину IgG и/или IgM
- 3) волчаночный антикоагулянт в плазме
- 4) исключение других коагулопатий

3. ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ АФС ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) низкомолекулярных гепаринов
- 2) гидроксихлорохина (Плаквенил)
- 3) низких доз ацетилсалициловой кислоты
- 4) глюкокортикоидов

Задача № 48



В женскую консультацию обратилась повторнобеременная пациентка 22 лет по поводу беременности 8 недель. В анамнезе 1 роды, которые закончились рождением ребенка с синдромом Клайнфелтера (47 ХХУ). Ребенок умер в 8-месячном возрасте от порока сердца.

Для решения вопроса о целесообразности повторной беременности родители обратились к врачу-генетику. Был определен кариотип отца (46 ХУ) и матери (46 ХХ). Учитывая нормальный кариотип родителей, специалисты разрешили повторную беременность с выполнением методов пренатальной диагностики плода на врожденные пороки развития.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. МЕТОД ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРИОТИПА ПЛОДА В ДАННОМ СЛУЧАЕ –
 - 1) биопсия хориона (chorionbiopsia)
 - 2) амниоцентез (amniocentesis)
 - 3) кордоцентез (hordocentesis)
 - 4) плацентоцентез (placentocentesis)
 - 5) НИПТ
2. ПЕРИОД ЖИЗНИ, В КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЯ БОЛЕЗНИ КЛАЙНФЕЛТЕРА, –
 - 1) новорожденность (neonatoritas)
 - 2) детство (infantilitas)
 - 3) период половой зрелости (maturitas sexualis)
 - 4) пубертатный период (pubertas)
3. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ КЛАЙНФЕЛТЕРА –
 - 1) азооспермия
 - 2) малые размеры яичек
 - 3) бесплодие
 - 4) интерсексуальный фенотип

Задача № 49



Девушка 18 лет обратилась в медико-генетическую консультацию. Беременность 16 нед. Причина, по которой она решила проконсультироваться – болезнь Дауна у старшей сестры. Мать беременной женщины оказалась носителем транслокации 15/21. Кариотип беременной не определялся. Первый генетический скрининг не проходила. Для решения вопроса о целесообразности вынашивания ребенка проведен амниоцентез. Кариотип плода 46 XY.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДАУНА ПРЕДПОЛАГАЕТ
 - 1) ультразвуковое исследование плода
 - 2) инвазивная пренатальная диагностика
 - 3) исследование биохимических маркеров у беременной
 - 4) НИПТ
2. ЦЕЛЬ ИНВАЗИВНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ДАУНА
 - 1) культивирование клеток плода и определение кариотипа
 - 2) исследование на внутриутробные инфекции
 - 3) определение полового хроматина
 - 4) определение содержания глюкозы в околоплодных водах
3. ИССЛЕДУЕМЫЙ МАТЕРИАЛ НЕИНВАЗИВНОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО ТЕСТА
 - 1) фетальная ДНК в крови матери
 - 2) биоптат хориона
 - 3) амниотическая жидкость
 - 4) кровь плода

Задача № 50



Пациентка 37 лет обратилась в отделение репродуктивных технологий с жалобой на первичное бесплодие в течение 15 лет. После обследования по протоколу поставлен диагноз: бесплодие неуточненное. В анамнезе шесть попыток ЭКО и ПЭ. Две из них закончились неразвивающейся беременностью.

Седьмая попытка ЭКО-ИКСИ: стимуляция суперовуляции рекомбинантным ФСГ после проведения протокола с антагонистами ГнРГ. При трансвагинальной пункции яичников получено 5 яйцеклеток, оплодотворились 4 яйцеклетки, 2 эмбриона сформировали бластоцисты, проведена биопсия трофэктодермы.

Генетический анализ показал в одном случае трисомию 21 пары хромосом, в другом триплоидию. Заключение генетиков: эмбрионы не рекомендованы для переноса.

Поставить диагноз и определить тактику.

Тестовые задания

Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПАРЫ С БЕСПЛОДИЕМ НЕУТОЧНЕННЫМ

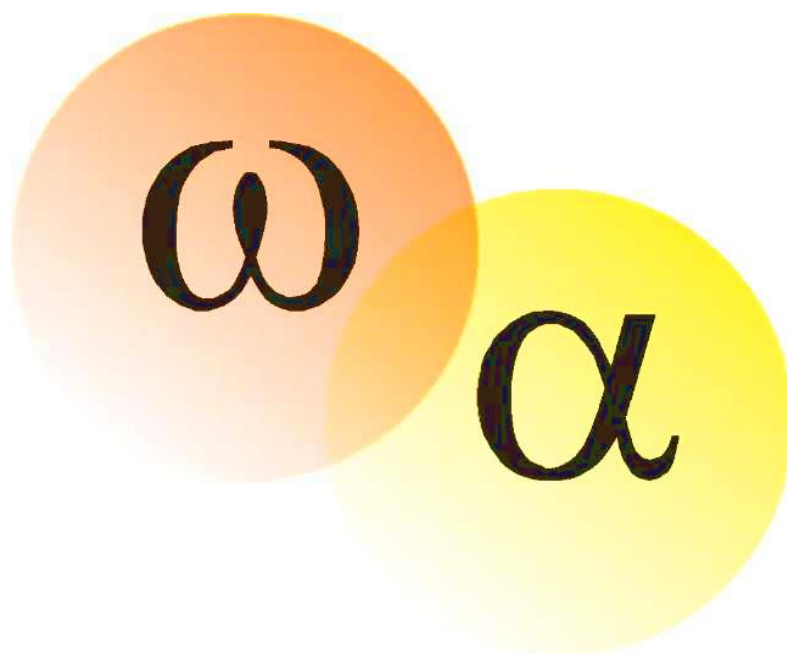
- 1) отсутствие ИППП
- 2) маточные трубы проходимы
- 3) менструальный цикл овуляторный
- 4) сперма мужа без патологических изменений

2. ПОКАЗАНИЯ К ЭКО-ИКСИ

- 1) бесплодие неуточненное
- 2) мужской фактор
- 3) трубное бесплодие
- 4) эндокринное бесплодие

3. ПОКАЗАНИЯ К БИОПСИИ ТРОФЭКТОДЕРМЫ

- 1) неудачные попытки ЭКО и ПЭ
- 2) неразвивающаяся беременность в анамнезе
- 3) старший репродуктивный возраст
- 4) первая попытка ЭКО



II. ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В АКУШЕРСТВЕ

1. МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ. ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

1.1. Яичниковый цикл

Olliculus	Пузырек, железа внутренней секреции в яичнике
Ovogenesis	Процесс созревания женской половой клетки
Oogonia	Оогония, первичное (незрелое) яйцо
Oocytus	Ооцит
Vitellum	Желток, протоплазма яйцеклетки
Macula germinativa	Зародышевое пятно, ядро яйцеклетки
Folliculus primordialis	Примордиальный фолликул
Theca	Оболочка фолликула
Tunica folliculi externa	Наружная оболочка фолликула
Tunica folliculi interna	Внутренняя оболочка фолликула
Folliculus maturus, Graaf folliculus	Зрелый фолликул (Граафов пузырек)
Membrana granulosa folliculi	Зернистая оболочка фолликула
Discus oophorus (cumulus ovigerus)	Яйценосный бугорок
Corona radiata	Лучистая оболочка яйцеклетки
Zona pellucida	Блестящая оболочка яйцеклетки
Ovum, ovulum	Яйцеклетка
Liquor folliculi	Фолликулярная жидкость
Ovulatio	Овуляция, разрыв созревшего фолликула
Stigma folliculi	Место разрыва фолликула
Atresia	Обратное развитие фолликула
Corpus luteum	Желтое тело
Corpus luteum spurium seu menstruationis	Менструальное желтое тело (ложное)
Corpus luteum verum seu graviditatis	Желтое тело беременности (истинное)
Corpus albicans seu fibrosum	Белое тело

1.2. Маточный цикл

Menstruatio	Менструация, (регулярные кровянистые выделения из матки)
Menarche	Первая менструация
Eumenorrhoea	Регулярные овуляторные менструации
Desquamatio endometrii	Фаза отторжения функционального слоя эндометрия

Regeneratio endometrii	Фаза восстановления эндометрия
Proliferatio endometrii	Фаза разрастания функционального слоя эндометрия
Secretio endometrii	Секреторная фаза эндометрия

1.3. Женские половые гормоны

Hormonum	Гормон, продукт железы внутренней секреции
Oestradiolum	Эстрадиол, наиболее активная фракция эстрогенного гормона
Oestronum	Эстрон, менее активная фракция эстрогенного гормона
Oestrolum	Эстриол, неактивная фракция эстрогенного гормона
Progesteronum	Прогестерон, гормон желтого тела

1.4. Периоды жизни женщины

Neonatoritas	Новорожденность
Infantilitas	Детство
Pubertas	Половое созревание
Maturitas sexualis	Половая зрелость
Climacterium, climax	Климактерий, климакс
Menopausa	Менопауза
Praesenium	Предстарческий возраст
Senium	Старость

2. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

2.1. Строение женского таза

Os coxae	Тазовая кость
Os ilium	Подвздошная кость
Corpus ossis ilii	Тело подвздошной кости
Crista iliaca	Подвздошный гребень
Ala ossis ilii	Крыло подвздошной кости
Spina iliaca anterior superior	Верхняя передняя подвздошная ость
Spina iliaca anterior inferior	Нижняя передняя подвздошная ость
Spina iliaca posterior superior	Верхняя задняя подвздошная ость
Spina iliaca posterior inferior	Нижняя задняя подвздошная ость
Linea arcuata	Дугообразная линия
Foramen obturatorium	Запирательное отверстие
Acetabulum	Вертлужная впадина

Lamina acetabuli	Пластинка вертлужной впадины
Os pubis	Лобковая кость
Corpus ossis pubis	Тело лобковой кости
Ramus superior ossis pubis	Верхняя ветвь лобковой кости
Ramus inferior ossis pubis	Нижняя ветвь лобковой кости
Eminentia iliopubica	Подвздошно-лобковое возвышение
Symphysis pubica	Симфиз
Arcus pubis	Лобковая дуга
Os ischii	Седалищная кость
Corpus ossis ischii	Тело седалищной кости
Ramus ossis ischii	Ветвь седалищной кости
Spina ischiadica	Седалищная ость
Tuber ischiadicum	Седалищный бугор
Incisura ischiadica major	Большая седалищная вырезка
Incisura ischiadica minor	Малая седалищная вырезка
Foramen ischiadicus majus	Большое седалищное отверстие
Foramen ischiadicus minor	Малое седалищное отверстие
Os sacrum	Крестцовая кость
Basis ossis sacri	Основание крестцовой кости
Apex ossis sacri	Верхушка крестцовой кости
Promontorium	Крестцовый мыс
Os coccygis	Копчиковая кость

2.2. Женский таз с акушерской точки зрения

Pelvis muliebris	Женский таз
Inclinatio pelvis	Наклон таза
Pelvis major	Таз большой
Distantia spinarum	Расстояние между верхними передними подвздошными остями
Distantia cristarum	Расстояние между подвздошными гребнями
Distantia trochanterica	Расстояние между большими вертелами бедренных костей
Pelvis minor	Таз малый
Conjugata	Конъюгата, измерительная линия таза
Conjugata lateralis	Боковая конъюгата
Conjugata externa	Наружная конъюгата
Conjugata diagonalis	Диагональная конъюгата
Conjugata anatomica	Анатомическая конъюгата
Conjugata vera s. obstetrica	Истинная или акушерская конъюгата
Apertura pelvis superior	Верхнее отверстие таза (вход в таз)
Planum introitus pelvis	Плоскость входа малого таза

Linea terminalis	Терминальная линия
Cavum pelvis	Полость (малого) таза
Apertura pelvis inferior	Нижнее отверстие таза (выход таза)
Axis pelvis	Ось таза
Planum exitus pelvis	Плоскость выхода малого таза

2.3. Пристеночные мышцы малого таза и мышцы тазового дна

Perineum	Промежность
Centrum tendineum perinei	Сухожильный центр промежности
Spatium perinei profundum	Глубокое пространство промежности
Spatium perinei superficiale	Поверхностное пространство промежности
Regio urogenitalis	Мочеполовая область
Regio analis	Заднепроходная область
Fascia pelvis	Фасция таза
Fascia pelvis parietalis	Пристеночная фасция таза
Fascia obturatoria	Запирательная фасция
Fascia diaphragmatis pelvis superior	Верхняя фасция диафрагмы таза
Fascia diaphragmatis pelvis inferior	Нижняя фасция диафрагмы таза
Fascia diaphragmatis urogenitalis superior	Верхняя фасция мочеполовой диафрагмы
Fascia diaphragmatis urogenitalis inferior	Нижняя фасция мочеполовой диафрагмы
Fascia perinei superficialis	Поверхностная фасция промежности
Fascia perinealis	Глубокая фасция промежности
Musculus bulbocavernosus s. constrictor cunni	Луковично-пещеристая мышца
Musculus ischiocavernosus	Седалищно-пещеристая мышца
Musculus transversus perinei superficialis	Поверхностная поперечная мышца промежности
Musculus sphincter ani externus	Наружная мышца, сжимающая задний проход
Diaphragma urogenitale	Мочеполовая диафрагма
Musculus transversus perinei profundus	Глубокая поперечная мышца промежности
Musculus compressor urethrae	Мышца, сжимающая мочеиспускательный канал
Musculus levator ani s. diaphragma pelvis	Мышца, поднимающая задний проход (диафрагма таза)
Musculus pubo-rectalis	Лобково-прямокишечная мышца
Musculus pubo-coccygeus	Лобково-копчиковая мышца
Musculus iliococcygeus	Подвздошно-копчиковая мышца
Musculus ischio-coccygeus	Седалищно-копчиковая мышца
Ligamentum anococcygeum	Заднепроходно-копчиковая связка

Ligamentum transversum perinei	Поперечная связка промежности
Septum retrovaginale	Прямокишечно-влагалищная перегородка
Fossa ischiorectalis	Седалищно-прямокишечная яма
Canalis pudendalis	Срамной канал

2.4. Наружные и внутренние половые органы женщины

Genitalia externa seu vulva	Наружные половые органы, вульва
Genitalia interna	Внутренние половые органы
Mons pubis	Лобковое возвышение
Labium pudendi majus	Большая половая губа
Labium pudendi minus	Малая половая губа
Commissura labiorum anterior	Передняя спайка губ
Commissura labiorum posterior	Задняя спайка губ
Erenulum labiorum pudendi	Уздечка половых губ
Rima pudendi	Половая щель
Vestibulum vaginae	Преддверие влагалища
Fossa vestibuli vaginae	Ямка преддверия влагалища
Bulbus vestibuli	Луковица преддверия
Glandulae vestibularis minores	Малые преддверные железы
Glandula vestibularis major	Большая железа преддверия
Ostium vaginae	Отверстие влагалища
Clitoris	Клитор
Crus clitoridis	Ножка клитора
Corpus clitoridis	Тело клитора
Glans clitoridis	Головка клитора
Frenulum clitoridis	Уздечка клитора
Praeputium clitoridis	Крайняя плоть клитора
Corpus cavernosum clitoridis (dextrum et sinistrum)	Пещеристое тело клитора (правое и левое)
Septum corporum cavernosum	Перегородка пещеристых тел
Fascia clitoridis	Фасция клитора
Urethra feminina	Женский мочеиспускательный канал
Ostium urethrae externum	Наружное отверстие уретры
Tunica muscularis	Мышечная оболочка
Tunica mucosa	Слизистая оболочка
Glandulae urethrales	Железы мочеиспускательного канала
Lacunae urethrales	Лакуны мочеиспускательного канала
Crista urethrales	Гребень мочеиспускательного канала
Vagina seu colpos	Влагалище
Fornix vaginae	Свод влагалища
Paries anterior	Передняя стенка
Paries posterior	Задняя стенка

Hymen	Девственная плева
Carunculae hymenales	Лоскутки девственной плевы
Tunica muscularis	Мышечная оболочка
Tunica mucosa	Слизистая оболочка
Rugae vaginales	Влагалищные складки
Columna rigarum posterior	Задний столб влагалищных складок
Columna rigarum anterior	Передний столб влагалищных складок
Carina urethralis vaginae	Мочеиспускательный киль влагалища
Tuba uterina, s.tuba Fallopii, s.salpinx	Маточная труба
Ostium abdominale tubae uterinae	Брюшное отверстие маточной трубы
Infundibulum tubae uterinae	Воронка маточной трубы
Fimbriae tubae	Бахромки трубы
Fimbria ovarica	Яичниковая бахромка
Ampulla tubae uterinae	Ампула маточной трубы
Isthmus tubae uterinae	Перешеек маточной трубы
Pars uterina	Маточная часть
Ostium uterinum tubae	Маточное отверстие трубы
Tunica serosa	Серозная оболочка
Tela subserosa	Подсерозная основа
Tunica muscularis	Мышечная оболочка
Tunica mucosa	Слизистая оболочка
Plicae tubariae	Трубные складки
Mesosalpinx	Брыжейка трубы
Uterus	Матка
Corpus uteri	Тело матки
Fundus uteri	Дно матки
Margo uteri (dexter et sinister)	Край матки (правый и левый)
Facies intestinalis	Кишечная поверхность
Cavum uteri	Полость матки
Facies vesicalis	Пузырная поверхность
Isthmus uteri	Перешеек матки
Orificium uteri internum	Внутренний зев матки
Cervix uteri	Шейка матки
Portio supravaginalis	Надвлагалищная часть (шейки)
Portio vaginalis (cervicalis)	Влагалищная часть (шейки)
Ostium uteri	Отверстие матки
Labium anterius	Передняя губа
Labium posterius	Задняя губа
Canalis cervicis uteri	Канал шейки матки
Plicae palmatae	Пальмовидные складки
Glandulae cervicales	Шеечные железы (матки)
Parametrium	Околوماتочная клетчатка (параметрий)
Tunica serosa (perimetrium)	Серозная оболочка (периметрий)

Tela subserosa	Подсерозная основа
Tunica muscularis (miometrium)	Мышечная оболочка (миометрий)
Tunica mucosa (endometrium)	Слизистая оболочка (эндометрий)
Glandulae uterinae	Маточные железы
Musculus rectouterinus	Прямокишечно-маточная мышца
Ligamentum teres uteri	Круглая связка матки
Ligamentum latum uteri	Широкая связка матки
Plica vesico-uterina	Пузырно-маточная складка
Ovarium	Яичник
Hilus ovarii	Ворота яичника
Facies medialis	Медиальная поверхность
Facies lateralis	Боковая поверхность
Margo liber	Свободный край
Margo mesovaricus	Брыжеечно-яичниковый край
Extremitas tubaria	Трубный конец
Extremitas uterina	Маточный конец
Ligamentum ovarii proprium	Собственная связка яичника
Ligamentum suspensorium ovarii s. infundibulopelvicum	Связка, подвешивающая яичник, или воронкотазовая связка
Mesovarium	Брыжейка яичника
Epoophoron	Придаток яичника
Ductus epoophorilongitudinalis	Продольный проток придатка яичника
Ductuli trasversi	Поперечные проточки
Appendices vesiculosae	Пузырчатые привески
Paroophoron	Околояичник
Ligamentum sacrouterinum	Крестцово-маточная связка
Ligamentum cardinale	Основная связка
Ligamentum pubovesicale	Связка от мочевого пузыря к симфизу
Ligamentum vesicouterinum	Пузырно-маточная связка

2.5. Кровоснабжение и иннервация женских половых органов

Arteria iliaca interna s. hypogastrica	Внутренняя подвздошная артерия
Arteria uterina	Маточная артерия
Arteria ovarica	Яичниковая артерия
Arteria renalis	Почечная артерия
Arteria rectalis media	Средняя прямокишечная артерия
Arteria pudenda interna	Внутренняя половая артерия
Arteria rectalis inferior	Нижняя прямокишечная артерия
Arteria vesicalis inferior	Нижняя пузырная артерия
Arteria perinealis	Промежностная артерия
Arteria profunda clitoridis	Глубокая артерия клитора
Arteria pudenda externa	Наружная половая артерия

Venae uterinae	Маточные вены
Plexus venosus uterinus	Маточное венозное сплетение
Plexus venosus vaginalis	Влагалищное венозное сплетение
Venae profundae clitoridis	Глубокие вены клитора
Venae pudendae externae	Наружные половые вены
Plexus hypogastricus inferior	Нижнее подчревное сплетение
nn. splanchnici pelvini	Чревные тазовые нервы (парасимпатические)
nn. ilioingvinalis	Подвздошно-паховые нервы
nn. genitofemoralis	Бедренно-половые нервы
Plexus coeliacus	Солнечное сплетение
Plexus ovaricus	Яичниковое сплетение

3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

3.1. Оплодотворение и развитие плодного яйца

Spermatozoidis	Сперматозоид – мужская половая клетка
Oocytis	Ооцит – женская половая клетка
Capacitatio	Капацитация
Implantatio	Имплантация
Gastrulatio	Гастрюляция
Placentatio	Плацентация (формирование плаценты)
Embryogenesis	Эмбриогенез
Blastogenesis	Бластогенез
Periodus foetalis	Плодный (фетальный) период
Fertilizatio s. copulatio s. conjugatio	Фертилизация (копуляция, конъюгация)
Zygota	Оплодотворенная яйцеклетка
Morula	Начальная стадия дробления зиготы
Blastula	Бластула
Embryoblastus	Эмбриобласт
Trophoblastus	Трофобласт
Membrana decidua	Децидуальная оболочка матки
Decidua basalis s. serotina	Базальная часть децидуальной оболочки
Decidua capsularis s. reflexa	Капсулярная часть децидуальной оболочки
Decidua parietalis s. vera	Пристеночная часть децидуальной оболочки (истинная)
Endoderma	Внутренний зародышевый листок
Mesoderma	Средний зародышевый листок
Ectoderma	Наружный зародышевый листок
Membranae fetalis	Плодные оболочки

Chorion	Ворсинчатая оболочка плодного яйца
Chorion laeve	Гладкий хорион
Chorion frondosum	Ворсинчатый хорион
Villi primaria	Первичные ворсины хориона
Villi secundaria	Вторичные ворсины хориона
Villi ancorales	Якорные ворсины хориона
Amnion	Водная оболочка плодного яйца
Liquor amnioniticus	Околоплодная жидкость
Placenta	Детское место
Placenta materna	Материнская часть плаценты
Placenta fetalis	Плодовая часть плаценты
Cotyledones placentae	Дольки плаценты
Septa placentae	Перегородки между дольками плаценты
Spatium placentae intervillosum	Межворсинчатое пространство плаценты
Funiculus umbilicalis	Пупочный канатик (пуповина)

3.2. Физиология беременности

Graviditata (gravida)	Беременная
Graviditas matura	Беременность доношенная
Primigravida	Первобеременная
Multigravida	Повторнобеременная
Striae gravidarum	Полосы беременных
Chloasma	Пигментное пятно
Chloasmata uterina	Пигментные пятна при беременности
Linea fusca (nigra)	Черная линия
Areola	Площадка, кружочек
Areola umbilicalis	Пигментация вокруг пупка
Colostrum	Молозиво
Corpuscula colostri	Молозивные тельца

3.3. Плод как объект родов

Foetus	Плод
Sutura sagittalis	Стреловидный шов
Sutura frontalis	Лобный шов
Sutura lambdoidea	Затылочный шов
Sutura coronaria	Венечный шов
Bregma	Большой родничок
Lambda	Малый родничок
Diameter suboccipito-bregmaticus	Малый косой размер

Diameter suboccipito-frontalis	Средний косой размер
Diameter mento-occipitalis	Большой косой размер
Diameter fronto- occipitalis	Прямой размер
Diameter hylobregmaticus	Вертикальный размер
Diameter biparietalis	Большой поперечный размер
Diameter bitemporalis	Малый поперечный размер
Vertex capitis	Макушка
Glabella	Надпереносье
Distantia biacromialis	Поперечный размер плечиков
Distantia bisiliacus	Поперечный размер ягодиц
Linea facialis	Лицевая линия
Linea intertrochanterica	Межвертельная линия
Habitus foetus	Членорасположение плода
Habitus foetus flexus	Согнутое членорасположение плода
Habitus foetus deflexus s.extensus	Разогнутое членорасположение плода
Situs foetus	Положение плода
Situs foetus longitudinalis	Продольное положение плода
Situs foetus transversus	Поперечное положение плода
Situs foetus obliquus	Косое положение плода
Positio foetus	Позиция плода
Positio prima	Первая позиция – спинка плода обращена влево
Positio secunda	Вторая позиция – спинка плода обращена вправо
Visus	Вид позиции – отношение спинки плода к передней или задней стенке матки
Positio foetus dorsoanterior	Положение плода спинкой вперед, передний вид
Positio foetus dorsoposterior	Положение плода спинкой назад, задний вид
Praesentatio	Предлежание плода
Pars praevia	Предлежащая часть
Praesentatio capitis	Головное предлежание плода
Praesentatio occipitalis	Затылочное предлежание плода
Praesentatio cephaloanterior	Переднеголовное предлежание плода
Praesentatio parietoanterior	Переднетеменное предлежание плода
Praesentatio faciei	Лицевое предлежание плода
Praesentatio frontis	Лобное предлежание плода
Praesentatio pelvis	Тазовое предлежание плода
Praesentatio natium	Ягодичное предлежание плода
Praesentatio pedis	Ножное предлежание плода
Praesentatio genus	Коленное предлежание плода

3.4. Физиология родов

Partus	Роды
Partus maturus normalis	Срочные роды
Partus per viae naturalis	Роды через естественные родовые пути
Parturiens	Роженица
Primipara	Первородящая
Multipara	Повторнородящая
Viae partus	Родовые пути
Segmentum inferius uteri	Нижний сегмент матки
Exploratio digitalis parturientis	Пальцевое исследование роженицы
Exploratio per vaginum	Влагалищное исследование
Vesica foetalis	Плодный пузырь
Periodus praeparans	Подготовительный период родов
Dolores ad partum	Родовые схватки
Labores parturientium	Потуги
Dolores dolorifici	Болезненные схватки
Partus indolens	Безболезненные роды
Retractio uteri	Взаимное смещение мышечных волокон тела матки
Contractio uteri	Сокращение мышечных волокон матки
Distractio uteri	Растяжение циркуляторных мышц нижнего сегмента
Stadium incrementi	Стадия нарастания схватки
Stadium acmes	Стадия наибольшего развития схватки
Stadium decrementi	Стадия ослабления схватки
Tensio intrauterina	Внутриматочное давление, давление в полости матки при беременности
Diruptio velamentorum ovi s. amniotomia	Вскрытие плодного пузыря
Effluvium liquoris amnii	Отхождение околоплодных вод
Caput fixatum ad pelvim	Головка, прижатая к тазу
Institutio capitis	Вставление головки
Segmentum capitis minus	Малый сегмент головки
Segmentum capitis majus	Большой сегмент головки
Flexio capitis	Сгибание головки плода
Descentio capitis	Продвижение головки
Rotatio capitis interna	Внутренний поворот головки
Punctum fixum	Точка фиксации
Deflexio capitis	Разгибание головки
Rotatio trunci interna	Внутренний поворот плечиков
Rotatio capitis externa	Наружный поворот головки

Expulsio foetus	Изгнание плода
Placenta s. secundinae	Плацента (послед)

3.5. Физиология послеродового периода

Puerperium	Послеродовый период
Involutio genitalis	Инволюция (обратное развитие) половых органов
Involutio uteri	Инволюция матки
Lochia	Лохии (послеродовые выделения из матки)
Lochia cruenta s. rubra	Лохии кровавые или красные
Lochia fusca	Лохии темные
Lochia flava	Лохии желтые
Lochia serosa	Лохии серозные
Lochia alba	Лохии белые
Hyperplasia glandularum mammae	Гиперплазия молочных желез
Hypertrophia glandularum mammae	Гипертрофия молочных желез
Lac	Молоко
Lac muliebre	Молоко грудное
Lac maturum	Молоко грудное зрелое
Lac transitorium	Молоко грудное переходное
Lactatio	Лактация

3.6. Физиология периода новорожденности

Neonatus	Новорожденный
Gemelli s. genimi	Близнецы
Vernix caseosa	Сыровидная смазка
Lanugo	Пушок
Erythema neonatorum	Физиологический катар кожи новорожденных
Erythema toxicum	Токсическая эритема
Intertrigo	Опрелость
Sudamina rubra	Потница, мелкоточечная красная сыпь
Naevi vasculosi neonatorum	Сосудистые пятна у новорожденных
Miliaria	Просовидная сыпь
Caput succedaneum	Головная опухоль (родовая опухоль)
Icterus neonatorum	Физиологическая желтуха новорожденных

4. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

4.1. Патология беременности

4.1.1. Ранний токсикоз

Toxicosis gravidarum praecox	Ранний токсикоз беременных
Vomitus matutinus gravidarum	Утренняя рвота беременных
Emesis gravidarum	Утренняя рвота беременных
Hyperemesis gravidarum	Чрезмерная рвота беременных
Ptyalismus	Слюнотечение
Asthma bronchialis gravidarum	Бронхиальная астма беременных
Atrophia hepatis flava acuta	Острая желтая атрофия печени
Chorea gravidarum	Хорея беременных
Tetania gravidarum	Тетания беременных
Herpes gravidarum	Герпес беременных
Impetigo herpetiformis	Герпетиформное импетиго
Eczema gravidarum	Экзема беременных
Osteomalacia gravidarum	Остеомаляция, размягчение костей беременных
Pruritus gravidarum	Зуд кожи при беременности
Urticaria gravidarum	Крапивница беременных

4.1.2. Преэклампсия/эклампсия

Hydrops gravidarum	Водянка (отеки) беременных
Hypertonia gravidarum	Артериальная гипертензия беременных
Praeclampsia	Преэклампсия
Eclampsia	Судорожная форма гестоза
Eclampsia gravidarum	Эклампсия беременной
Eclampsia parturientium	Эклампсия роженицы
Eclampsia puerperalis	Эклампсия послеродовая
Eclampsia praecox	Ранняя эклампсия
Eclampsia tarda	Поздняя эклампсия
Eclampsia repetita	Повторная эклампсия (при новой беременности)
Eclampsia recurrens seu recidiva	Рецидивирующая, возвратная эклампсия (при той же беременности)
Eclampsia cryptica s. sine convulsione	Эклампсия без судорог
Status eclampticus	Экламптический статус

4.1.3. Невынашивание беременности

Abortus spontaneus	Самопроизвольный выкидыш
--------------------	--------------------------

Abortus habitualis	Повторный самопроизвольный выкидыш (привычный выкидыш)
Abortus imminens	Угрожающий выкидыш
Abortus incipiens	Начавшийся выкидыш
Abortus progrediens	Выкидыш в ходу
Abortus incompletus	Неполный выкидыш
Abortus completus	Полный выкидыш
Abortus tardus	Поздний выкидыш
Abortus praecox	Выкидыш ранний
Missed abortion	Несостоявшийся выкидыш
Insufficiencia isthmicocervicalis	Истмико-цервикальная недостаточность
Partus praematurus	Преждевременные роды
Graviditas protracta	Переношенная беременность
Partus serotinus	Запоздалые роды
Foetus supermaturus	Переношенный плод
Foetus maceratus	Плод мацерированный

4.1.4. Внематочная беременность

Graviditas ectopica s. extrauterina	Эктопическая или внематочная беременность
Graviditas ovarica	Беременность яичниковая
Graviditas in cornu rudimentario uteri	Беременность в рудиментарном роге матки
Graviditas cervicalis	Шеечная беременность
Graviditas abdominalis	Брюшная беременность
Graviditas abdominalis secundaria	Вторичная брюшная беременность
Graviditas tubaria	Трубная беременность
Graviditas tubaria progressiva	Прогрессирующая трубная беременность
Graviditas tubaria interstitialis	Беременность в интерстициальной части трубы
Graviditas tubaria isthmica	Беременность в истмическом отделе трубы
Graviditas tubaria ampullaris	Беременность в ампулярной части трубы
Graviditas infundibularis	Беременность в воронке трубы
Graviditas fimbriata	Бахромковая беременность
Mola tubaria	Трубный занос
Abortus tubaris	Трубный выкидыш
Ruptura tubae gravidae	Разрыв беременной трубы
Graviditas tubaria intraligamentaris	Внутрисвязочная беременность
Salpingokelyphoectomy	Сальпингокелифэктомия (удаление трубы с плодместилищем)
Haematoma peritubarium	Перитубарная (околотрубная) гематома
Haematoma retrouterinum	Заматочная гематома

Haematoma ligamenti lati	Гематома широкой связки
Haematomasalpinx	Скопление крови в трубе
Lithopaedion	Окаменелый плод

4.1.5. Трофобластические заболевания

Mola hydatidosa	Пузырный занос
Mola hydatidosa invasiva	Инвазивный пузырный занос
Mola hydatidosa destruens	Разрушающий пузырный занос
Mola hydatidosa partialis	Частичный пузырный занос
Mola hydatidosa totalis	Полный пузырный занос
Mola hydatidosa benigna	Доброкачественный пузырный занос
Mola hydatidosa maligna	Пузырный занос злокачественный
Choriocarcinoma	Хориокарцинома

4.1.6. Внутриутробная гипоксия плода

Insufficiencia foetoplacentaris	Фетоплацентарная недостаточность
Hypoxia prenatalis (intrauterina)	Внутриутробная гипоксия плода
Hypoxia foetus acuta	Острая гипоксия плода
Hypoxia foetus chronica	Хроническая гипоксия плода
Hypotrophia foetus	Гипотрофия плода
Hypotrophia foetus asymmetrica	Гипотрофия плода асимметричная
Hypotrophia foetus symmetrica	Гипотрофия плода симметричная
Funiculus umbilicalis brevis	Короткая пуповина
Funiculus umbilicalis longus	Длинная пуповина
Torsio funiculi umbilicalis	Перекручивание пуповины
Praesentatio funiculi umbilicalis	Предлежание пуповины
Prolapsus funiculi umbilicalis	Выпадение пуповины
Circumvolutio umbilicalis circa cervicum foetus	Обвитие пуповины вокруг шеи плода
Rupture vasa praevia	Разрыв пуповинных сосудов
Oligohydramnion	Маловодие
Polyhydramnion	Многоводие

4.1.7. Многоплодная беременность

Graviditas bigeminalis	Двуплодная беременность
Graviditas multifetalis	Многоплодная беременность
Graviditas monochoriotic monoamniotic	Монохориальная моноамниотическая двойня
Graviditas monochoriotic biamniotic	Монохориальная биамниотическая двойня
Graviditas bichoriotic monoamniotic	Бихориальная моноамниотическая двойня
Graviditas bichoriotic biamniotic	Бихориальная биамниотическая двойня

4.2. Патология родов

4.2.1. Аномалии родовых сил

Dolores debiles	Слабость родовой деятельности
Dolores debiles primaria	Первичная слабость родовой деятельности
Dolores debiles secundaria	Вторичная слабость родовой деятельности
Inertia uteri	Инертность, вялость матки
Hyperdynamia uteri	Чрезмерно сильная родовая деятельность
Dyscoordinatio uteri	Дискоординация матки
Tetanus uteri	Судорожные схватки
Strictura uteri spasmatica	Спазм внутреннего зева
Trismus orificii externi colli uteri	Спастическое сокращение наружного зева шейки матки
Contractiones fibrillares	Фибриллярные сокращения
Contractiones amplitudinis	Сокращения высокой частоты
Partus praecipitatus	Быстрые, стремительные, внезапные роды

4.2.2. Узкий таз

Pelvis justo minor s. pelvis angusta	Таз узкий (анатомически)
Cephalopelvic disproportion	Клинически узкий таз
Pelvis transversoangusta	Поперечносуженный таз
Pelvis aequabiliter justo minor	Общеравномерносуженный таз
Pelvis plana simplex	Простой плоский таз
Pelvis plana rachitica	Плоский рахитический таз
Pelvis nimis parva et plana	Общесуженный плоский таз
Pelvis infundibuliformis	Воронкообразный таз
Pelvis nana	Таз карлицы
Pelvis kyphotica	Кифотический таз
Pelvis obliqua	Кососуженный таз
Pelvis obliqua scoliotica	Кососмещенный сколиотический таз
Pelvis obliqua coxalgica	Косой коксальгический таз
Pelvis spondylolisthetica	Спондилолистетический суженный таз
Pelvis obtecta	Закрытый таз
Pelvis spinosa	Остистый таз
Pelvis transversoangusta	Поперечносуженный таз
Pelvis osteomalacia	Остеомалятический таз
Pelvis fissa	Расщепленный таз
Pelvis infantilis	Детский (инфантильный) таз

4.2.3. Родовой травматизм матери

Laesio s. trauma	Повреждение
Ruptura perinei gradus primi	Разрыв промежности I степени

Ruptura perinei gradus secundi	Разрыв промежности II степени
Ruptura perinei gradus tertii	Разрыв промежности III степени
Perineorrhaphia	Наложение швов на промежность
Ruptura vaginae	Разрыв стенки влагалища
Colporrhaphia	Наложение швов на влагалище
Haematoma vaginae	Гематома влагалища
Incarceratio labii anterioris cervicis	Ущемление передней губы шейки матки
Incarceratio labii posterioris cervicis	Ущемление задней губы шейки матки
Ruptura cervicis uteri gradus primi	Разрыв шейки матки I степени
Ruptura cervicis uteri gradus secundi	Разрыв шейки матки II степени
Ruptura cervicis uteri gradus tertii	Разрыв шейки матки III степени
Cervicorrhaphia	Наложение швов на шейку матки
Ruptura uteri	Разрыв матки
Ruptura uteri spontanea	Самопроизвольный разрыв матки
Ruptura uteri violenta	Насильственный разрыв матки
Ruptura uteri completa	Полный разрыв матки
Ruptura uteri incompleta	Неполный разрыв матки
Colporrexia	Отрыв матки от влагалищных сводов
Ruptura uteri imminens	Угрожающий разрыв матки
Ruptura uteri incipiens	Начинающийся разрыв матки
Usura uteri	Узура, разможнение тканей матки
Inversio uteri	Выворот матки
Fistula urethrovaginal	Уретро-влагалищный свищ
Fistula urethrovesicovaginalis	Уретро-пузырно-влагалищный свищ
Fistula vesicovaginalis	Пузырно-влагалищный свищ
Fistula vesicocervical	Пузырно-шеечный свищ
Fistula vesicouterina	Пузырно-маточный свищ
Fistula uterovaginalis	Мочеточниково-влагалищный свищ
Fistula uterocervicovaginalis	Мочеточниково-шеечно- влагалищный свищ
Fistula ureterouterina	Мочеточниково-маточный свищ
Fistula rectovaginalis	Прямокишечно-влагалищный свищ
Fistula rectoperinealis	Прямокишечно-промежностный свищ

4.2.4. Акушерские кровотечения

Mola hydatidosa	Пузырный занос
Abortus spontaneus	Самопроизвольный аборт
Graviditas ectopica s. extrauterina	Эктопическая или внематочная беременность
Placenta praevia	Предлежание плаценты

Placenta praevia centralis s. totalis	Центральное (полное) предлежание плаценты
Placenta praevia partialis	Частичное предлежание плаценты
Placenta praevia lateralis	Боковое предлежание плаценты
Placenta praevia marginalis	Краевое предлежание плаценты
Rupture sinus marginalis	Разрыв бокового синуса
Ablatio placentae praematura	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
Apoplexia uteroplacental	Апоплексия маточно-плацентарная (матка Кувелера)
Ruptura vasa praevia	Разрыв пуповинных сосудов
Incarceratio placentae	Ущемление плаценты
Expressio placentae modo Abuladse, Henter, Krede	Выжимание плаценты по методу Абуладзе, Гентера, Креде
Placenta adhaerens	Плотное прикрепление плаценты
Placenta adhaerens partialis	Частичное плотное прикрепление плаценты
	Апоплексия маточно-плацентарная (матка Кувелера)
Placenta adhaerens totalis	Полное плотное прикрепление плаценты
Placenta accreta	Приращение плаценты
Placenta accreta totalis	Полное приращение плаценты
Placenta accreta partialis	Частичное приращение плаценты
Placenta accreta cervicalis	Шеечное приращение плаценты
Placenta increta	Вросшая плацента
Placenta percreata	Проросшая плацента
Defectus lobi placentae	Дефект дольки плаценты
Residua placentae s. retentio secundinarum	Остатки плаценты
Hypotonia uteri	Гипотония матки
Atonia uteri	Атония матки
Separatio et extractio placentae manualis	Отделение и извлечение плаценты рукой
Retentio velamentorum ovi	Задержка оболочек
Revisio cavi uteri manualis	Ревизия полости матки рукой
Revisio cavi uteri instrumentalis	Ревизия полости матки с помощью инструментов
Inversio uteri	Выворот матки
Syndromum coagulopathicum	Коагулопатический синдром

4.2.5. Патология периода новорожденности

Neonatus	Новорожденный
Neonatus immaturus	Недоношенный новорожденный

Neonatus supermaturus	Переносенный новорожденный
Kephalhaematoma	Кефалогематома
Asphyxia neonatorum	Асфиксия новорожденного
Asphyxia neonatorum secundaria	Асфиксия новорожденного вторичная
Asphyxia neonatorum pallida	Асфиксия новорожденного белая
Asphyxia neonatorum livida	Асфиксия новорожденного синяя
Vivificatio neonati	Оживление новорождѐнного
Icterus neonatorum gravis	Тяжелая желтуха новорожденных при эритробластозе плода
Icterus prolongatus	Затянувшаяся желтуха
Anaemia congenita neonatorum sine ictero et oedemate	Врожденная анемия новорожденных без желтухи и отека
Anaemia congenita neonatorum cum ictero gravi	Врожденная анемия новорожденных с тяжелой желтухой
Anaemia congenita neonatorum cum oedemateseu hydropе	Врожденная анемия новорожденных с отеком или водянкой
Splenomegalia	Спленомегалия, увеличение селезенки
Stomatomycosis s. Soor	Стоматомикоз или молочница, болезнь рта у новорожденных
Melaena neonatorum	Мелена (дегтеобразный стул новорожденных)
Melaena vera	Истинная мелена (вследствие кровотечения в желудочно-кишечный канал)
Melaena spuria	Ложная мелена (вследствие заглатывания крови, например, из трещин грудных сосков матери)
Enteritis epidemica neonatorum	Эпидемический энтерит у новорожденных (токсико-септический синдром)
Pyodermia	Пиодермия (гнойничковое заболевание кожи)
Vesiculopustulosis	Везикулопустулез
Hidradenitis suppurativa	Суппуративный гидраденит (абсцесс потовых желез)
Pemphigus neonatorum contagiosus	Пемфигус новорожденных
Stomatomycosis s. Soor	Стоматомикоз или молочница, болезнь рта у новорожденных
Melaena neonatorum	Мелена (дегтеобразный стул новорожденных)
Melaena vera	Истинная мелена (вследствие кровотечения в желудочно-кишечный канал)
Melaena spuria	Ложная мелена (вследствие заглатывания крови, например, из трещин грудных сосков матери)

Enteritis epidemica neonatorum	Эпидемический энтерит у новорожденных (токсико-септический синдром)
Pyodermia	Пиодермия (гнойничковое заболевание кожи)
Vesiculopustulosis	Везикулопостулез
Hidradenitis suppurativa	Суппуративный гидраденит (абсцесс потовых желез)
Pemphigus neonatorum contagiosus	Пемфигус новорожденных

4.2.6. Врождённые пороки развития плода

Gametopathia	Гаметопатия
Blastopathia	Бластопатия
Embryopathia	Эмбриопатия
Fetopathia	Фетопатия
Monstrositas foetus (neonati)	Уродства плода (новорожденного)
Aplasia cutis et subcutis congenita	Врожденная аплазия кожи и подкожной клетчатки
Teleangiectasia	Стойкое расширение капилляров, сосудистая опухоль в форме пятна или полосы
Angioma	Сосудистая опухоль
Elephantiasis congenita	Врожденная слоновость
Pes varus congenitus	Врожденная косолапость
Luxatio coxae congenita	Врожденный вывих тазобедренного сустава
Amelia	Врожденное отсутствие конечностей, амелия
Micromelia	Недостаточное развитие конечностей
Oligodactylia	Недостаток пальцев
Caput obstipum congenitum	Кривошея врожденная
Anencephalia	Отсутствие головного мозга
Hydrocephalia congenita	Врожденная водянка головного мозга
Spina bifida	Врожденное расщепление позвоночника
Stridor congenitus	Врожденный стридор
Labium leporium	Заячья губа
Faux lupina	Волчья пасть
Atresia oesophagi	Атрезия пищевода
Stenosis oesophagi	Сужение пищевода
Pylorostenosis	Пилоростеноз, сужение привратника желудка
Pylorospasmus	Пилороспазм, спазм привратника желудка
Atresia ani	Отсутствие заднего прохода
Atresia anorectalis	Атрезия прямой кишки и заднего прохода
Hernia diaphragmalis congenita	Врожденная диафрагмальная грыжа

Hernia umbilicalis	Пупочная грыжа
Hernia lineae albae	Грыжа белой линии живота
Hernia inguinalis	Паховая грыжа

4.2.7. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития (инвазивные методы)

Amniocentesis	Амниоцентез
Amniocentesis vaginalis	Амниоцентез влагалищный
Amniocentesis transabdominal	Амниоцентез трансабдоминальный
Amniocentesis transcervicalis	Амниоцентез трансцервикальный
Placentocentesis	Плацентоцентез
Kordocentesis	Кордоцентез
Chorionbiopsia	Биопсия хориона
Foetoscopia	Фетоскопия

4.3. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Abortus artificialis	Искусственный аборт
Separatio et extractio placentae manualis	Ручное отделение и выделение плаценты
Examinatio uteri manualis	Ручное обследование матки
Repositio funiculi umbilicalis	Вправление выпавшей пуповины
Versio obstetrica classica in pedem	Акушерский поворот классический
Versio foetus externa	Поворот плода наружный
Extractio foetus pedibus praeviis	Извлечение плода за ножки
Extractio foetus clunibus praeviis	Извлечение плода при ягодичных предлежаниях
Deductio pedis	Профилактическое низведение ножки
Forceps obstetrica	Акушерские щипцы
Forceps minor	Щипцы выходные
Forceps media	Щипцы полостные
Applicatio forcipis obstetricae	Операция наложения акушерских щипцов
Applicatio forcipis portae inferioris pelvis	Операция наложения выходных щипцов
Applicatio forcipis cavi pelvis	Операция наложения полостных щипцов
Applicatio forcipis altae	Операция наложения высоких щипцов
Applicatio forcipis atypicae	Операция наложения атипичных щипцов
Amniotomia	Амниотомия, вскрытие плодного пузыря
Abrasio cavi uteri	Выскабливание полости матки
Perineotomia mediana	Перинеотомия срединная
Perineorrhaphia	Сшивание промежности

Episiotomia	Эпизиотомия
Episiorrhaphia	Ушивание промежности
Embryotomia	Эмбриотомия, оперативное рассечение тела мертвого плода во время родов
Perforatio capitis	Перфорация (прободение) головки плода
Excerebratio	Эксцеребрация (удаление) мозга
Cranioclasia	Краниоклазия – извлечение плода с перфорированной головкой
Decapitatio	Декапитация, отделение головки от туловища в области шейных позвонков
Spondylotomia	Спондилотомия, рассечение плода посередине позвоночника
Evisceratio	Эвисцерация, удаление внутренностей плода
Cleidotomia	Клейдотомия – рассечение ключицы плода
Sectio caesarea	Кесарево сечение
Sectio caesarea magna	Кесарево сечение большое
Sectio caesarea minor	Кесарево сечение малое
Sectio caesarea abdominalis	Кесарево сечение абдоминальное
Sectio caesarea classica	Кесарево сечение классическое (корпоральное)
Sectio caesarea isthmicocorporalis	Кесарево сечение истмико-корпоральное
Sectio caesarea retrovesicalis	Кесарево сечение ретровезикальное
Sectio caesarea extraperitoneal	Кесарево сечение внебрюшинное
Sectio caesarea vaginalis	Кесарево сечение влагалищное
Amputatio uteri supravaginalis	Надвлагалищная ампутация матки
Extirpatio uteri	Экстирпация, удаление матки

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ И ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Задача №1

Диагноз: Беременность 7–8 недель. Рвота беременных тяжелой степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3	1, 2, 3, 4

Задача №2

Диагноз: Беременность 36 недель. Головное предлежание плода. Отеки, вызванные беременностью.

№ задания	1	2	3
Ответ	2	1, 2, 3	1, 2, 3, 4

Задача №3

Диагноз: Беременность 34,3 недель. Головное предлежание плода. Преэклампсия умеренная. Физиологическая незрелость (юная первородящая).

№ задания	1	2	3
Ответ	2, 3, 4	1, 2, 3	1, 2, 3

Задача №4

Диагноз: Беременность 35 недель. Головное предлежание. Преэклампсия тяжелая. Плацентарная недостаточность. Поздняя ЗРП I степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 3, 4	1, 2, 3	1, 2, 3

Задача №5

Диагноз: Беременность 37 недель. Головное предлежание плода. Эклампсия. Незрелая шейка матки.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	4	1, 2, 3, 4

Задача №6

Диагноз: Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Эклампсия в родах.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	2	1, 2, 3, 4

Задача №7

Диагноз: Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление окситоцитом. Дистресс плода.

№ задания	1	2	3
Ответ	1	2, 3	1, 2, 3, 4

Задача №8

Диагноз: Беременность 40 недель. ОГА (3 аборта, вторичное бесплодие). Беременность, наступившая в результате ВРТ. I период срочных родов в головном предлежании. Плоский плодный пузырь. Дискоординация родовой деятельности.

№ задания	1	2	3
Ответ	3	1,2	1, 2, 3

Задача №9

Диагноз: Беременность 40 недель. ОГА. I период срочных родов (латентная фаза) в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности.

№ задания	1	2	3
Ответ	1	1, 2, 3	1, 2, 3

Задача №10

Диагноз: Беременность 40 недель. I период срочных родов (активная фаза) в головном предлежании. Общеравномерносуженный таз I степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1	1, 2, 3, 4

Задача №11

Диагноз: Беременность 38 недель. Головное предлежание плода. Отягощенный мертворождением акушерский анамнез. Общеравномерно суженный таз II степени. «Незрелая» шейка матки.

№ задания	1	2	3
Ответ	2	1, 2, 3	1, 2, 3, 4

Задача №12

Диагноз: Беременность 7–8 недель. ОАА. Угрожающий выкидыш.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3	1, 2, 3, 4

Задача №13

Диагноз: Беременность 14 недель. ОАА. Вторичный привычный выкидыш. Истмико-цервикальная недостаточность.

№ задания	1	2	3
Ответ	3	1, 2, 3	1, 4

Задача №14

Диагноз: Беременность 32 недели. ОАГА. I период преждевременных родов в головном предлежании. Преждевременный разрыв плодных оболочек.

№ задания	1	2	3
Ответ	1,3	2, 3, 4	1, 2, 3

Задача №15

Диагноз: Беременность 41,3 нед. Головное предлежание плода. «Незрелая» шейка матки. Тенденция к перенашиванию. Плацентарная недостаточность IA. Внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	3	1, 2, 3, 4

Задача №16

Диагноз: Беременность 40 недель. Тазовое предлежание плода. Предвестники родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.

№ задания	1	2	3
Ответ	1,3	1, 2, 3, 4	1, 2

Задача №17

Диагноз: Беременность 40 недель. I период срочных родов в чисто ягодичном предлежании плода. Общеравномерносуженный таз I степени. Разгибание головки плода II степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3	1	1, 2, 3, 4

Задача №18

Диагноз: Беременность 34,4 недель. Головное предлежание плода. ПОНРП. Геморрагический шок I степени. Дистресс плода.

№ задания	1	2	3
Ответ	2	3	1, 2, 3, 4

Задача №19

Диагноз: Беременность 33 недели. ОГА. Головное предлежание плода. Центральное (полное) предлежание плаценты. Геморрагический шок 2 степени. Дистресс плода.

№ задания	1	2	3
Ответ	3	1, 3, 4	2, 3, 4

Задача №20

Диагноз: Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании. Частичное предлежание плаценты. Маточное кровотечение (50 мл)

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3	2, 3

Задача №21

Диагноз: Беременность 8 недель. Пузырный занос. Двусторонние кисты яичников.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	4	1, 2, 3, 4

Задача №22

Диагноз: Беременность 40 недель. ОАА. III период срочных родов в головном предлежании. Аномалия прикрепления плаценты.

№ задания	1	2	3
Ответ	2, 4	4	1, 2

Задача №23

Диагноз: Беременность 40 недель. Срочные роды. Ранний послеродовой период. Гипотоническое маточное кровотечение. Крупный плод.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3	1, 3	1, 2, 3, 4

Задача №24

Диагноз: Беременность 40 недель. ОАА. I период срочных родов в головном предлежании (активная фаза). Клинически узкий таз (плоско-рахитический таз I степени, задний асинклитизм. Крупный плод). Угроза разрыва матки.

№ задания	1	2	3
Ответ	4	1, 2, 3, 4	3

Задача №25

Диагноз: Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Клинически узкий таз (простой плоский таз I степени, задний асинклитизм). Начинаящийся разрыв матки. Дистресс плода.

№ задания	1	2	3
Ответ	3	1	3

Задача №26

Диагноз: Беременность 39 недель. ОАА: рубец на матке после кесарева сечения. I период срочных родов в головном предлежании. Сверхившийся полный разрыв матки. Геморрагический шок III степени. Интранатальная гибель плода.

№ задания	1	2	3
Ответ	2	1, 2, 3	1, 2, 3, 4

Задача №27

Диагноз: Беременность 27 недель. ОАА. Анемия средней степени тяжести. Хроническая гипоксия плода. Ранняя ЗРП I степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	3	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4

Задача №28

Диагноз: Беременность 36,4 недель. Ревматическая болезнь сердца. Протезированный митральный клапан (двустворчатый шарнирный протез). ХСН I степени. Нарушение ритма: единичные экстрасистолы.

№ задания	1	2	3
Ответ	1	1	1

Задача №29

Диагноз: Беременность 31 нед. Идиопатическое нарушение ритма сердца: пароксизмальная правопредсердная тахикардия.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2	1, 2, 3

Задача №30

Диагноз: Беременность 35 нед. Головное предлежание плода. Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень HbA1c < 6,5% (фактический HbA1C 7,2%). Диабетическая полинейропатия. Диабетическая нефропатия. Дислипидемия. Ожирение. Жировой гепатоз. Диабетическая фетопатия (макросомия плода).

№ задания	1	2	3
Ответ	2	1, 2, 3, 4	4

Задача №31

Диагноз: Беременность 27 недель. Острый гестационный правосторонний пиелонефрит.

№ задания	1	2	3
Ответ	1	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4

Задача №32

Диагноз: Беременность 33 недели. Головное предлежание плода. Хронический гломерулонефрит, отечно-нефротическая форма. Поздняя ЗРП I степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	3	1, 2, 3, 4	1

Задача №33

Диагноз: Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании. Дискоординация родовой деятельности. Эмболия амниотической жидкостью. Циркуляторный шок III степени. Интранатальная гибель плода.

№ задания	1	2	3
Ответ	4	2	2

Задача №34

Диагноз: Беременность 38 недель. Дихориальная, диамниотическая двойня: головное предлежание первого плода, тазовое предлежание второго плода. I период срочных родов.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	1

Задача №35

Диагноз: Беременность 32 недели. Тазовое предлежание. Хроническая артериальная гипотония. Нарушение МПК II степени. Поздняя ЗРП II степени. Хроническая гипоксия плода.

№ задания	1	2	3
Ответ	2	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4

Задача №36

Диагноз: Асфиксия новорожденного средней степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4

Задача №37

Диагноз: Асфиксия новорожденного средней степени. Гемолитическая анемия без водянки и без желтухи умеренной степени тяжести.

№ задания	1	2	3
Ответ	2	1, 2, 3, 4	1, 2, 3

Задача №38

Диагноз: Беременность 11–12 недель. Неполный инфицированный внебольничный выкидыш. Сепсис.

№ задания	1	2	3
Ответ	3	1	1, 2, 3, 4

Задача №39

Диагноз: Пятые сутки позднего послеродового периода после срочных естественных родов. Инфильтративный послеродовый мастит справа. Трещины сосков.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	1

Задача №40

Диагноз: 2-е сутки позднего послеродового периода после срочных естественных родов, осложнившихся плотным прикреплением, ручным отделением и выделением последа. Острый послеродовый эндометрит (классическая форма).

№ задания	1	2	3
Ответ	1	1, 2, 3	1, 2, 3, 4

Задача №41

Диагноз: 2-е сутки позднего послеродового периода после срочных оперативных родов путем КС. Акушерский перитонит после операции кесарева сечения, ранняя форма. ОАА.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	2

Задача №42

Диагноз: Неосложненная трубная беременность справа, нарушенная по типу трубного аборта.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3	1, 2, 3, 4	2

Задача №43

Диагноз: Трубная беременность справа, нарушенная по типу разрыва маточной трубы, осложненная геморрагическим шоком 3 степени.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 3	1, 2, 3, 4	2

Задача №44

Диагноз: Беременность 10-11 недель. Краснуха.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1	4

Задача №45

Диагноз: Беременность 10 недель. Неполный выкидыш. Синдром Патау.

№ задания	1	2	3
Ответ	4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4

Задача №46

Диагноз: Беременность 5 недель. ОГА (первичное бесплодие). Радиационное воздействие в I триместре беременности.

№ задания	1	2	3
Ответ	1	1, 2, 3, 4	3

Задача №47

Диагноз: Привычное невынашивание беременности. Первичный АФС.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3

Задача №48

Диагноз: Беременность 8 недель. ОАА (синдром Клайнфельтера при первой беременности).

№ задания	1	2	3
Ответ	1	4	1, 2, 3, 4

Задача №49

Диагноз: Беременность 16 недель. Отягощенный семейный анамнез по хромосомным болезням (нарушение структуры хромосом).

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 3	1

Задача №50

Диагноз: Первичное женское бесплодие неуточненное.

№ задания	1	2	3
Ответ	1, 2, 3, 4	1, 2	1, 2, 3

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Айламазян, Э.К. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Э.К. Айламазян [и др.] – 9-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
2. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Г.М. Савельева [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 576 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Дополнительная

1. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Нормативно-правовые документы

(клинические рекомендации)

1. Внематочная (эктопическая) беременность Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
2. Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение. 2021 Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
3. Послеродовое кровотечение. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
4. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
5. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения 2021 Министерство здравоохранения Российской Федерации Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
6. Нормальная беременность (2022) Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
7. Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком таз. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2020 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>

8. Патологическое прикрепление плаценты (врастание плаценты) Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
9. Послеродовый эндометрит. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2016 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
10. Преждевременная отслойка плаценты. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
11. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>
12. Септические осложнения в акушерстве. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2017 г. Режим доступа: <http://www.spec.ssmu.ru>
13. Эмболия амниотической жидкостью. 2020 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2021 г. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>

Учебное издание

**Авторский коллектив – сотрудники кафедры акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России:**

Ирина Дмитриевна Евтушенко – д-р мед. наук, профессор
Ирина Георгиевна Куценко – д-р мед. наук, профессор
Галина Александровна Михеенко – д-р мед. наук, профессор
Валентина Петровна Болотова – канд. мед. наук, доцент
Жанна Федоровна Гайфулина – канд. мед. наук, доцент
Маргарита Леонидовна Дмитриева – канд. мед. наук, доцент
Екатерина Сергеевна Жабина – канд. мед. наук, доцент
Александр Олегович Огороков – канд. мед. наук, доцент
Татьяна Васильевна Скороходова – канд. мед. наук, доцент
Юрий Олегович Воробьев – канд. мед. наук, ассистент
Наталья Сергеевна Меньшикова – канд. мед. наук, ассистент
Юлия Владимировна Оккель – канд. мед. наук, ассистент
Елена Юрьевна Цха – канд. мед. наук, ассистент
Екатерина Александровна Киселева – ассистент
Екатерина Михайловна Матусевич – ассистент
Екатерина Сергеевна Репина – ассистент

АКУШЕРСТВО. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

3-е издание, переработанное и дополненное

Под редакцией:

Ирины Георгиевны Куценко – д-ра мед. наук, профессора, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Редактор Харитоновна Е.М.
Технический редактор Коломийцева О.В.
Обложка Харитоновна Е.М.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. +7 (3822) 901–101, доб. 1760
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 28.11.2022 г.

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.

Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. л. 5,9. Авт. л. 3,4.

Тираж 200 экз. Заказ № 34

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru