

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНО

На заседании

Учебно-методического совета

«29» 05 2023 года, протокол № 9

Проректор по учебной работе,

Председатель Учебно-методического
совета

д.м.н., профессор В.И. Орел



СОГЛАСОВАНО

Проректор по поствузовскому и
дополнительному

профессиональному образованию,

д.м.н., профессор Ю.С.
Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования

(программам ординатуры) по специальности

31.08.01 «Акушерство и гинекология»

(уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)

Нормативный срок обучения – 2 года

Форма обучения

очная

Санкт-Петербург
2023 г

Разработчики:

Заведующий кафедрой,
д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

Рухляда Н.Н.

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

Прохорович Т.А.

(расшифровка)

*Рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Акушерства и гинекологии*

название кафедры

« _____ »

_____ 2023 г.,

_____ протокол заседания №

Заведующий кафедрой

Акушерства и гинекологии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

Рухляда Н.Н.

(подпись)

(расшифровка)

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1043;
- Профессиональным стандартом «Врач-акушер-гинеколог», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 19 апреля 2021 года № 262н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическому специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):
- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций.

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы компетенции, установленные программой ординатуры. Программа ординатуры должна устанавливать следующие универсальные компетенции:

Универсальные компетенции (УК):

УК-1. Способен критически и системно анализировать определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им.

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Программа ординатуры должна устанавливать следующие общепрофессиональные компетенции:

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья и граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях,

контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов.

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

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

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить

письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

«Акушерство»

1. Н.Максимович-Амбодик и его роль в развитии отечественного акушерства.
2. История развития отечественного акушерства XIX-XX вв, (Крассовский, Снегирев, Отт, Лазаревич, Груздев).
3. Организация и принципы работы акушерского стационара.
4. Организация и принципы работы женской консультации. Группа повышенного риска осложнений беременности и родов.
5. Критические периоды онтогенеза.
6. Изменения в организме женщины при беременности.
7. Изменения в сердечно-сосудистой системе женщины во время беременности.
8. Изменения в органах дыхания во время беременности.
9. Иммунологические и биологические методы диагностики беременности. Обоснование и практическая ценность.
10. Диагностика ранних сроков беременности, гормональные методы диагностики беременности.
11. Акушерская терминология (членорасположение плода, положение., предлежание, позиция, вид; плода).
12. Методы обследования беременных и рожениц. Наружное и внутреннее акушерское исследование.
13. Определение срока беременности и родов. Дородовый и послеродовый отпуск.
14. Плод как объект родов. Головка доношенного плода. Швы и роднички, Размеры головки.
15. Строение родовых путей. Таз с акушерской точки зрения.
16. Мягкие ткани родового канала. Тазовое дно.
17. Нормальные размеры таза. Определение истинной конъюгаты.
18. Фетоплацентарный комплекс. Методы определения его функционального состояния в различные сроки беременности.
19. Объективные методы оценки жизнедеятельности внутриутробного плода.
20. Гормональная функция плаценты.
21. Перинатология: определение понятия, задачи. Взаимосвязь с другими дисциплинами.
22. Антенатальная охрана плода. Влияние профессиональных вредностей, алкоголизма, табакокурения на развитие плода. Эмбрио- и фетопатия.
23. Интранатальная охрана плода. Причины внутриутробной гипоксии и гибели плода в родах. Пренатальные методы исследования (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез, рентгенография, эхография). Фетальные маркеры. Роль медико-генетической консультации в профилактике и ранней диагностике аномалий развития плода.
24. Основные функции плаценты, плодных оболочек, пуповины. Методы определения локализации плаценты.
25. Диагностика пороков развития плода в разные сроки беременности.
26. Внутриутробное инфицирование плода.
27. Понятие зрелости и доношенности плода.
28. Асептика и антисептика в акушерстве. Правила содержания родильных отделений.
29. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания,
30. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания. Клинические особенности течения родов. Влияние на плод и новорожденного.

31. Факторы, обуславливающие развитие родовой деятельности. Родовая доминанта.
32. Клиническое течение родов. Периоды родов. Первый период родов.
33. Ведение периода изгнания. Принципы акушерского пособия при головном предлежании.
34. Третий период родов. Признаки отделения плаценты. Ведение третьего периода родов.
35. Физиопсихопрофилактический метод подготовки женщин к родам и его обоснование. Составные части, сроки проведения, эффективность.
36. Первый период родов. Современные методы обезболивания родов. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам.
37. Предвестники родов. Изгоняющие силы, методы регистрации родовой деятельности..
38. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Период острой адаптации.
39. Первичная обработка новорожденного. Профилактика гнойно-септических заболеваний новорожденного .
40. Послеродовый период. Течение и ведение. Правила содержания послеродового отделения.
41. Обезболивание родов. Основные требования, предъявляемые к родообезболивающим средствам.
42. Тазовое предлежание плода. Классификация, биомеханизм родов.
43. Тазовое предлежание плода, диагностика. Особенности течения и ведения родов. Влияние на плод и новорожденного.
44. Ручное пособие при тазовом предлежании. Ручное пособие по Цовьянову, классическое ручное пособие.
45. Ведение беременности и родов при многоводии и многоплодии. Дифференциальная диагностика. Осложнения в родах и их профилактика.
46. Токсикозы и гестозы беременных. Современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация.
47. Ранние токсикозы беременных. Клиника. Диагностика. Показания к прерыванию беременности.
48. Гестозы. Современная классификация. Клиническая картина и диагностики. Оценка степени тяжести гестоза.
49. Преэклампсия и эклампсия. Роль Строганова В.В. в разработке принципов лечения эклампсии. Особенности ведения тяжелых форм гестоза.
50. Эклампсия: симптомы, течение, прогноз. Эклампсия беременных, рожениц, родильниц.
51. Эклампсия. Оказание неотложной помощи.
52. Поперечное положение плода. Диагностика. Ведение родов.
53. Запущенное поперечное положение плода. Методы лечения.
54. Аномалии родовой деятельности. Классификация.
55. Слабость родовой деятельности. Причины, диагностика. Современные методы лечения. Влияние на плод.
56. Быстрые роды. Их влияние на плод.
57. Чрезмерная родовая деятельность. Диагностика, ведение родов. Влияние на плод и новорожденного.
58. Дискоординированная родовая деятельность. Диагностика, ведение родов. Влияние на плод и новорожденного.
59. Многоводие и маловодие. Клиника, лечение, особенности ведения родов.
60. Переднеголовное и лицевое предлежание. Биомеханизм родов. Ведение родов. Исход для матери и плода.
61. Разгибательные вставления головки.
62. Анатомически узкий таз. Современная классификация. Степени сужения таза
63. Головная опухоль. Кефалогематома. Распознавание узкого таза.
64. Клинически узкий таз. Причины, диагностика и ведение родов.
65. Биомеханизм родов при общеравномерносуженном и плоском тазе. Прогноз и терапия при узком тазе. Влияние на плод и новорожденного.

66. Самопроизвольный аборт. Этиология. Классификация. Клиническое течение. Диагностика и лечение.
67. Особенности диагностики и ведения беременных при истмико-цервикальной недостаточности.
68. Особенности течения и ведения преждевременных родов их профилактика. Профилактика РДС.
69. Особенности клинического течения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних.
70. Планирование семьи. Современные методы контрацепции.
71. Искусственное прерывание беременности ранних сроков. Методы прерывания, осложнения.
72. Проблема абортот. Влияние абортов на организм женщины.
73. Течение и исходы родов при переносенной беременности.
74. Предлежание плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Методы родоразрешения. Исход для матери и плода.
75. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, диагностика, лечение. Исход для матери и плода.
76. Кровотечения в послеродовом периоде (плотное прикрепление и приращение плаценты). Клиника. Диагностика. Лечение.
77. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Основные причины, диагностика. Лечение.
78. Гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. диагностика.
79. Патогенез акушерского геморрагического шока. Клиническая диагностика.
80. Принципы комплексной интенсивной терапии геморрагического шока
81. ДВС в акушерстве. Основные причины. Диагностика. Неотложная помощь.
82. Разрывы матки. Причины. Классификация по патогенезу, клиническому течению, локализации, характеру повреждений.
83. Угрожающий разрыв матки. Этиология, диагностика. Лечение.
84. Совершившийся разрыв матки. Причины. Клиника. Лечение.
85. Травмы мягких тканей родовых путей. Классификация разрывов промежности и шейки матки, диагностика. Лечение. Профилактика.
86. Внутриутробная гипоксия плода. Классификация. Современные методы диагностики.
87. Острая и хроническая плацентарная недостаточность. Причины, методы диагностики. Синдром задержки развития плода. Лечение и профилактика.
88. Методы профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода.
89. Послеродовые инфекционные заболевания. Классификация. Этиология. Пути распространения инфекции.
90. Асфиксия новорожденных. Этиология. Клиника. Лечение. Реабилитация.
91. Роль наблюдательного отделения родильного дома. Правила его содержания.
92. Классификация послеродовых септических заболеваний по Сазонову-Бартельсу. Особенности течения септической послеродовой и инфекции.
93. Роль женской консультации в профилактике гнойно-септических заболеваний среди матерей и новорожденных,
94. Послеродовый эндометрит. Этиология. Клиника. Лечение.
95. Особенности течения акушерского перитонита. Диагностика и лечение.
96. Рассечение промежности в родах. Показания. Техника выполнения.
97. Кесарево сечение: показания, условия, противопоказания, осложнения.
98. Кесарево сечение: виды операций. Современные методы производства операций.
99. Ведение беременности и родов при наличии рубца матке после ранее перенесенного кесарева сечения.
100. Акушерские щипцы: показания, условия, Влияние на плод и новорожденного.
101. Вакуум-экстракция плода: показания, условия, Влияние на плод и новорожденного.

102. Операции: ручного отделения и выделения последа, ручное обследование послеродовой матки. Показания, техника выполнения, вид обезболивания.

«Гинекология»

1. Аномалии развития гениталий у девочек.
2. Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек.
3. Физиология женской репродуктивной системы. Менструальный цикл.
4. Половые гормоны и их влияние на организм женщины.
5. Методы функциональной диагностики, применяемые в гинекологии.
6. Рентгенологические, ультразвуковые методы исследования в гинекологии.
7. Методы обследования гинекологических больных.
8. Особенности гинекологического обследования девочек и подростков.
9. Аменорея. Классификация.
10. Эндоскопические методы диагностики гинекологических заболеваний.
11. Консервативные и хирургические методы лечения женского бесплодия.
12. Аменорея центрального генеза.
13. Неспецифический вульвовагинит.
14. Синдром поликистозных яичников. Клиника, диагностика, лечение.
15. Альгодисменорея. Патогенез. Клиника, диагностика и лечение.
16. Пороки развития половых органов. Классификация непроходимости влагалища и шейки матки. Лечение.
17. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
18. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте. Этиология. Клиника. Лечение.
19. Современные методы контрацепции. Методы подростковой контрацепции.
20. Яичниковая и маточная формы аменореи.
21. Острый сальпингоофорит. Этиология, клиника, лечение.
22. Трихомонадный кольпит. Диагностика. Лечение.
23. Гонорея. Этиология. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение.
24. Бактериальный вагиноз. Клиника, диагностика, лечение.
25. Пельвиоперитонит. Этиология, клиника, лечение.
26. Туберкулез гениталий. Пути распространения. Клинические формы, диагностика и лечение.
27. Показания к оперативному лечению воспалительных заболеваний гениталий.
28. Эктопическая беременность. Этиопатогенез. Клиническое течение, диагностика и лечение.
29. Опущение и выпадение матки и влагалища. Причины возникновения. Методы оперативного лечения.
30. Разрыв маточной трубы. Неотложная помощь.
31. Травмы половых органов у девочек. Неотложная помощь при инородных телах.
32. Миома матки. Классификация. Методы диагностики и лечения.
33. Миома матки. Неоперативное лечение больных миомой матки. Показания к хирургическому лечению.
34. Эндометриозная болезнь (эндометриоз). Классификация. Клиника и диагностика.
35. Консервативное лечение эндометриоза.
36. Показания к хирургическому лечению эндометриоза.
37. Опухоли яичников. Классификация. Диагностика. Особенности клинического течения у девочек.
38. Бактериально-токсический (септический) шок в гинекологии. Патогенез, клиника. Основные принципы оказания неотложной помощи.
39. Климактерические расстройства. Посткастрационный и постгистерэктомический синдромы. Роль заместительной гормональной терапии.
40. Рак шейки матки. Классификация.

41. Рак шейки матки. Клиника, диагностика и лечение.
42. Гиперпластические процессы эндометрия. Классификация. Методы диагностики и лечения.
43. Рак эндометрия. Патогенез. Клиника, диагностика и лечение.
44. Рак яичников. Классификация. Методы диагностики и лечения. Профилактика.
45. Особенности клинического течения опухолей яичников у девочек. Современные методы лечения.
46. Бесплодный брак. Диагностика. Лечение женского бесплодия.
47. Вспомогательные репродуктивные технологии. Их место в преодолении бесплодия. Возможные осложнения.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача №1

В женскую консультацию обратилась женщина 22 лет с жалобами на задержку менструации в течение семи недель, слабость, сонливость, отсутствие аппетита, постоянную тошноту и рвоту после каждого приема пищи. За последний месяц похудела на 4,5 кг. В анамнезе ОРВИ, хронический гастрит. На диспансерном учете не состоит. Менархе в 15 лет, Менструальный цикл регулярный. Акушерско-гинекологический анамнез неотягощен. Телосложение астеническое, вес 54 кг, рост 168 см. Кожные покровы сухие, с желтоватым оттенком, тургор резко снижен, температура тела 37,2 С. ЧДД 17 в минуту. АД 100 и 60 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. В зеркалах: слизистая чистая. Выделения обычные бели в небольшом количестве. Бимануальное исследование: влагалище нерожавшей. Матка увеличена до 8 недель беременности, мягкая, подвижная, безболезненная. Шейка матки сформирована, плотная, наружный зев закрыт. Придатки не увеличены, пальпация их безболезненная. Своды свободные.

1. Диагноз?
2. Тактика врача женской консультации?
3. Прогноз на дальнейшее вынашивание беременности?

Диагноз: Беременность 7/8 недель. Токсикоз 1 половины. Рвота беременных средней степени тяжести.

Обследование: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, биохимия крови. Узи. (гинекологическое, органов брюшной полости, почек) Госпитализация.

Диагностические критерии – уровень ацетона в моче, потеря веса до 5 кг – средняя степень.

Прогноз относительно благоприятный.

Лечение: противорвотная терапия, седативная терапия, коллоидные растворы.

Задача №2

К врачу женской консультации обратилась женщина 32 лет с жалобами на задержку менструации в течение трех месяцев, тянущие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х дней. Соматически здорова. Менструальный цикл с 14 лет, регулярный. В браке 10 лет, муж здоров. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений девять лет назад. Две последующие беременности завершились соответственно медицинским абортom в сроке семь недель и самопроизвольным выкидышем в сроке восемь недель. Гинекологические заболевания отрицает. В течение трех лет после последней беременности с целью контрацепции использовала внутриматочную спираль, которая удалена год назад в связи с нарушением менструального цикла по типу мено- метроррагии. После удаления ВМС цикл нормализовался, но менструальные выделения остались обильными, продолжительностью до 8 дней, чаще болезненные. К врачу не обращалась. Объективно: Общее состояние не нарушено. Температура тела 37 С. По органам без патологии. АД 120 и 70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 84 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий безболезненный. На подкладной кровянистые выделения темного цвета в небольшом количестве. В зеркалах: слизистая цианотичная, чистая. Шейка матки деформирована за счет старых разрывов. Наружный зев зияет. Из цервикального канала выделения

темной крови со слизью в количестве 5 – 7 мл. При бимануальном исследовании установлено: влагалище рожавшей, емкое. Тело матки увеличено до 13 недель беременности, размягчено, подвижное. Перешеек размягчен. Шейка матки укорочена до 2,5 см, наружный зев приоткрыт, пропускает кончик пальца. Придатки не пальпируются, область их безболезненная.

1. Диагноз?
2. Сопутствующая патология?
3. Возможное осложнение?
4. Тактика врача женской консультации?

Диагноз: Беременность 13 недель. Начавшийся самопроизвольный аборт. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Истмико-цервикальная недостаточность (с целью диагностики необходимо проведение цервикометрии).

Госпитализация. Сохраняющая терапия. Обследование, выявление причины невынашивания.

Истмико-цервикальная недостаточность – лечение – наложение шва на шейку матки, Широкар, Любимова.

Задача №3

В родильное отделение поступила беременная М., 24 лет, с жалобами на излитие околоплодных вод 3 часа назад. 1-ая беременность 4 года назад закончилась кесаревым сечением по поводу гипоксии плода, извлечен мальчик массой 3250,0. Послеоперационный период осложнился нагноением и расхождением шва на передней брюшной стенке. 2-ая беременность - медицинский аборт, 2 года назад, без видимых осложнений. 3-я беременность - настоящая, протекала с угрозой прерывания беременности в 1-ом триместре, находилась на стационарном лечении. При поступлении срок беременности 38-39 недель. Общее состояние удовлетворительное. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 37 см. Матка в тонусе, при пальпации болезненная. В области нижнего сегмента при пальпации отмечается болезненность. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка, 140-146 ударов в минуту. Размеры таза: 25-27-31-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, размерами 10,5х11 см. Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка сформирована, длиной 2-2,5 см, смещена кпереди, размягчена. Наружный зев протекает кончик пальца. Через своды определяется головка. Подтекают светлые воды. Мыс не достигается.

1. Диагноз?
2. Были ли ошибки в ведении беременности?
3. Каков предполагаемый вес внутриутробного плода у данной роженицы?
4. Какие дополнительные исследования можно применить в данном случае?
5. План ведения родов.

Диагноз: Беременность 38-39 недель Рубец на матке. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Угрожающий разрыв матки (гистопатический). Преждевременное отхождение околоплодных вод.

Предполагаемый вес плода – 3700

Ошибки: госпитализация в 36 недель, обследование, подготовка к оперативному родоразрешению.

Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, рубец на матке, заживление вторичным натяжением, преждевременное отхождение околоплодных вод – закончить операцией кесарево сечение.

Задача №4

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в связи со схватками. Беременность 5-ая, роды предстоят 3-й. Первая беременность - срочные нормальные роды 10 лет назад, масса плода 3650. Ребенок жив. Вторая - 7 лет назад - срочные нормальные роды, масса плода 3900,0. Третья и четвертая беременности - искусственные аборт 4 и 3 года назад, последний аборт осложнился воспалительным процессом матки и придатков. Данная беременность протекала без осложнений, в конце беременности отмечала отеки ног. Общая прибавка массы тела за беременность - 18 кг. Сопутствующей экстрагенитальной патологии по данным женской консультации не выявлено. Схватки начались с 3 часа назад, воды 2 часа назад. Общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 82 кг. Кожные покровы нормальной окраски. Отеки голеней. АД - 140/95 -140/100 мм рт.ст. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд хорошей силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка справа, до 150 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16,5 см. Ромб Михаэлиса 10,5-10,0 см. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края ее тонкие, раскрытие наружного зева 6-7 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева, швы и роднички узкие. Родовой опухоли на головке нет. Емкость таза не уменьшена. Диагональная конъюгата 13 см. Предполагаемая масса плода 4100-4200,0 г. Решено роды предоставить естественному течению. Через 11 часов от начала схваток они усилились через 2,5-3 минуты по 40 секунд, сильные, болезненные, потужного характера. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена вровень. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 ударов в минуту. Влагалищное исследование: открытие шейки матки 9 см. Головка во входе в малый таз, вне схватки отталкивается. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади, большой слева кпереди; швы и роднички определяются с трудом, кости черепа плотные.

1. Ваш диагноз при поступлении женщины.
2. Какие осложнения беременности?
3. Правильно ли выбрана тактика ведения родов при поступлении в роддом?
4. Окончательный диагноз.

Диагноз: Роды 3 срочные. 1 период родов. Умеренная преэклампсия. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Крупный плод. Клинический узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Осложнения: Угрожающий разрыв матки.

Умеренная преэклампсия, крупный плод – показания к операции кесарева сечения в плановом порядке – тактика неправильная.

В настоящее время - немедленное родоразрешение. Показание – клинически узкий таз.

Задача №5

Первобеременная 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 8 часов назад. Менструальная функция нормальная, половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было. Соматически здорова. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 40 см, рост 164 см, масса тела 75 кг. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода - 4000 гр. Схватки по 25-30 секунд через 4-5 минут, слабой силы, умеренно болезненные. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие 4 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, вскрылся при влагалищном исследовании, вышло небольшое количество светлых вод. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз, крестец обращен кпереди и влево, линия интертрохантерика в левом косом размере таза.

1. Диагноз?
2. Какие осложнения возможны при тазовом предлежании для плода при родах естественным путем при средней массе плода?
3. Какие есть пособия для оказания помощи при родах в тазовом предлежании?
4. План ведения родов?

Диагноз: Роды 1 срочные. 1 период родов. Латентная фаза. Тазовое предлежание плода.

Чистоягодичное предлежание плода. Крупный плод. Раннее отхождение околоплодных вод

Осложнения при естественных родах: Запрокидывание ручек, гипоксия плода, спазм маточного зева, переход в задний вид.

Тазовое предлежание, крупный плод – показания к операции кесарево сечение в плановом порядке – тактика неправильная.

В настоящее время - немедленное родоразрешение.

При небольших размерах плода до 3500– пособие по Цовьянову.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Алгоритм выполнения влагалищного обследования.
2. Алгоритм выполнения приемов Леопольда-Левицкого.
3. Алгоритм выполнения измерения таза и определения истинной конъюгаты.
4. Алгоритм выполнения осмотра в зеркалах шейки матки.
5. Алгоритм оказания пособий по Цовьянов1 и 2.
6. Алгоритм оказания акушерского пособия в родах.
7. Алгоритм взятия мазка на степень чистоты влагалища.
8. Алгоритм наложения акушерских щипцов
9. Алгоритм проведения вакуумэкстракции плода.
10. Алгоритм выслушивания сердцебиения плода.

6.2.4. Тестовые задания

«Акушерство»

1. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

- а) краснуха;
- б) туберкулез;
- в) ветряная оспа;
- г) инфекционный гепатит.

2. УЗИ - ИССЛЕДОВАНИЕ В АКУШЕРСТВЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- а) расположение плаценты и ее патологию;
- б) состояние плода;
- в) неразвивающуюся беременность;
- г) генетические заболевания плода;
- д) все выше перечисленное.

3. ЧТО ТАКОЕ РАННЯЯ ДЕТСКАЯ ИЛИ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ:

- а) число детей, родившихся мертвыми или умершими в первые 7 суток жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми;
- б) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных;
- в) число умерших детей в течении 28 полных суток жизни из числа 1000 живорожденных;

- в) число детей, родившихся мертвыми (после 28 недель беременности);
- г) число умерших жизнеспособных плодов во время родов из 1000 всех родившихся.

4. ПУНКТЫ, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ДИАГНОЗА:

- а) факт беременности;
- б) срок беременности;
- в) данные о плоде;
- г) патология связанная с беременностью;
- д) экстрагенитальная патология;
- е) возрастные особенности;
- ж) отягощенный акушерский анамнез;
- з) все выше перечисленное.

5. ШИРОКИЕ СВЯЗКИ МАТКИ ВКЛЮЧАЮТ:

- а) маточные трубы;
- б) кардинальные связки;
- в) маточные сосуды;
- г) все вышеперечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

6. ПОСЛЕ ОВУЛЯЦИИ ЯЙЦЕКЛЕТКА СОХРАНЯЕТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИИ:

- а). 6 часов;
- б).-12-24 часов;
- в). 3-5 суток;
- г). 10 суток.

7.ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- а) двухфазность менструального цикла;
- б) уровень эстрогенной насыщенности организма;
- в) наличие овуляции;
- г) полноценность лютеиновой фазы цикла;
- д) все вышеперечисленное.

8.СИНТЕЗ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ПРОИСХОДИТ В:

- а) надпочечниках;
- б) синцитиотрофобласте;
- в) гипофизе;
- г) яичниках;
- д) матке.

9. МАТОЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ:

- а) аорты;
- б) общей подвздошной артерии;
- в) наружной подвздошной артерии;
- г) внутренней подвздошной артерии;
- д) подвздошно- поясничной артерии.

10. ПРИ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИСХОДИТ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) увеличение размеров матки;
- б) размягчение ее;
- в) изменения реакции на пальпацию;

- г) уплотнение матки;
- д) изменения ее формы.

11. К ВЕРОЯТНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ:

- а) изменение настроения;
- б) изменение обоняния;
- в) выслушивание сердцебиения плода;
- г) признак Горвиц- Гегара.

12. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ:

- а) шевеление плода;
- б) увеличение матки;
- в) цианоз влагалища;
- г) пальпация частей плода;
- д) повышение ректальной температуры.

13. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- а) измерение базальной температуры;
- б) определение уровня ХГ в моче;
- в) ультразвуковое исследование;
- г) динамическое наблюдение;
- д) все вышеперечисленное.

14. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:

- а). 28-30 дней;
- б). 28-40 дней;
- в). 3-7 дней;
- г). 21-35 дней;
- д). 14-28 дней.

15. ИЗ ВСЕХ СУЩЕСТВУЮЩИХ ТЕСТОВ НА БЕРЕМЕННОСТЬ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) реакция Ашгейм-Цондека;
- б) реакция торможения гемагглютинации;
- в) реакция Галли-Майнини;
- г) прегностигон тест;
- д) определение р-ХГ.

16. К СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

- а) тошнота, рвота;
- б) утомляемость, сонливость;
- в) увеличение живота;
- г) пигментация кожи;
- д) все выше перечисленное.

17. ПЕРВО- И ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫЕ НАЧИНАЮТ ОЩУЩАТЬ ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА СООТВЕТСТВЕННО С:

- а) 16-14 недель;
- б) 18-16 недель;
- в) 20-18 недель;
- г) 22-20 недель;
- д) 24-22 недель.

18. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

- а) 240 дней;
- б) 280 дней;
- в) 320 дней;
- г) 220 дней;
- д) 300 дней.

19. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК РОДОВ У БЕРЕМЕННОЙ, ЕСЛИ 1-ый ДЕНЬ ПОСЛЕДНЕЙ НОРМАЛЬНОЙ МЕНСТРУАЦИИ 15 апреля:

- а) 1 февраля;
- б) 22 января;
- в) 15 января;
- г) 8 января.

20. У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОЯСНИЧНЫЙ РОМБ ИМЕЕТ ФОРМУ:

- а) геометрически правильного ромба;
- б) треугольника;
- в) неправильного четырехугольника;
- г) четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении.

21. НАИМЕНЬШИМ РАЗМЕРОМ ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) истинная акушерская конъюгата;
- б) расстояние между буграми седалищных костей;
- в) расстояние между симфизом и копчиком;
- г) расстояние между остями седалищных костей;
- д) диагональная конъюгата.

22. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА РАВНА:

- а) 11 см;
- б) 13 см;
- в) 9 см;
- г) 20 см.

23. РАЗМЕР ФРАНКА РАВЕН:

- а). 20 см;
- б). 18 см;
- в). 11 см.

24. БОЛЬШОЙ И МАЛЫЙ ТАЗ РАЗДЕЛЕНЫ ПЛОСКОСТЬЮ, ПРОХОДЯЩЕЙ ЧЕРЕЗ:

- а) верхний край лона, пограничные линии, вершина мыса;
- б) нижний край лона, верхушка копчика, седалищные бугры,
- в) середина лона, сочленение II-III крестцовых позвонков, середина вертлужных впадин
- г) середина лона, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости.

25. ЧТО ТАКОЕ ПРОВОДНАЯ ОСЬ ТАЗА:

- а) линия, соединяющая центры прямых размеров всех четырех плоскостей;
- б) линия проведенная через мыс и нижний край лона;
- в) линия, проведенная через верхний край лона и верхушку копчика;
- г) все выше перечисленное.

26. БОЛЬШОЙ РОДНИЧЕК РАСПОЛОЖЕН НА МЕСТЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ШВОВ:

- а) затылочный, стреловидный, венечный;
- б) венечный, лобный, стреловидный;
- в) лобный, затылочный, стреловидный;
- г) венечный, лобный, затылочный.

27. ЧТО ТАКОЕ БОЛЬШОЙ СЕГМЕНТ ГОЛОВКИ:

- а) наибольшая часть головки, проходящая через вход в таз при данном;
- б) любая часть головки, проходящая через вход в таз;
- в) часть головки, расположенная ниже большого сегмента;
- г) все выше перечисленное.

28. НАИМЕНЬШИМ РАЗМЕРОМ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) прямой размер плоскости входа в малый таз;
- б) прямой размер плоскости узкой части полости малого таза;
- в) поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;
- г) поперечный размер выхода из полости малого таза;
- д) косые размеры плоскости входа в малый таз.

29. ЧЕРЕЗ СЕРЕДИНЫ КОСТНЫХ ПЛАСТИНОК ВЕРТЛУЖНЫХ ВПАДИН ПРОХОДИТ:

- а) поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза;
- б) поперечный размер плоскости входа в малый таз;
- в) поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;
- г) прямой размер плоскости широкой части полости малого таза;
- д) прямой размер плоскости узкой части полости малого таза.

30. ОБЩЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ИЛИ РОЖЕНИЦЫ НАЧИНАЕТСЯ:

- а) с пальпации живота;
- б) с аускультации живота;
- в) с измерения таза;
- г) с объективного обследования по системам;

31. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ИЗМЕРЯЕТСЯ:

- а) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком;
- б) на уровне пупка;
- в) на уровне 3 п/п ниже пупка;
- г) на 2 п/п выше пупка;

32. ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

- а) между нижним краем симфиза и мысом;
- б) между седалищными буграми;
- в) между гребнями подвздошных костей;
- г) между большими вертелами бедренных костей;

33. КАКОЙ ИЗ РАЗМЕРОВ ТАЗА РАВЕН 20 см:

- а) истинная конъюгата;
- в) диагональная конъюгата;
- с) наружная конъюгата;

34. ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО:

- а) отношение спинки плода к сагитальной плоскости;
- б) отношение спинки плода к фронтальной плоскости;
- в) отношение оси плода к оси матки;
- г) взаимоотношение различных частей плода.

35. ЧТО ТАКОЕ ПОЗИЦИЯ ПЛОДА:

- а) отношение спинки плода к нижнему сегменту матки;
- б) отношение спинки плода к дну матки;
- в) отношение спинки плода к правой или левой стороне матки;
- г) отношение спинки плода к передней или задней стороне матки.

36. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА К ПЛОСКОСТИ МАЛОГО ТАЗА:

- а) первым приемом наружного акушерского исследования;
- б) третьим и четвертым приемами наружного акушерского исследования;
- в) вторым приемом наружного акушерского исследования;
- г) все выше перечисленное.

37. КАКИЕ МОГУТ БЫТЬ ВАРИАНТЫ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА В МАТКЕ:

- а) продольное;
- б) поперечное;
- в) косое;
- г) все выше перечисленное.

38. ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) отношение спинки плода к передней стенке матки;
- б) отношение спинки плода к задней стенке матки;
- в) отношение спинки плода к левой стороне матки;
- г) отношение крупной части плода ко входу в малый таз.

39. ВТОРЫМ ПРИЕМОМ МЕТОДА АКУШЕРСКОЙ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

- а) предлежание плода;
- б) положение плода;
- в) позиция плода, вид позиции, состояние круглых связок матки;
- г) высота стояния дна матки.

40. ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ:

- а) передне-головное;
- б) затылочное;
- в) лобное;
- г) лицевое.

41. ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) малый родничок;
- б) большой родничок;
- в) середина лобного шва;
- г) подбородок.

42. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

- а) сгибание головки;
- в) опускание головки;
- с) разгибание головки;

д) максимальное сгибание.

43. ТОЧКА ФИКСАЦИИ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ:

- а) затылок;
- в) волосистая часть лба;
- с) подзатылочная ямка;
- д) переносье.

44. КАКИМ РАЗМЕРОМ ПРОИСХОДИТ РОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:

- а) большим косым;
- б) малым косым;
- в) средним косым;
- г) прямым.

45. ВО 2-М ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ КОНТРОЛИРУЕТСЯ:

- а) после каждой потуги;
- б) через каждые 15 минут;
- в) через каждые 10 минут;
- г) через каждые 5 минут.

46. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИВАЕТСЯ:

- а) по частоте и продолжительности схваток;
- б) по длительности родов;
- в) по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки;
- г) по состоянию плода;
- д) по времени излития околоплодных вод.

47. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ ЗАВИСИТ:

- а) от количества околоплодных вод;
- б) от длительности родов;
- в) от наличия признаков отделения плаценты;
- г) от состояния новорожденного;
- д) от длительности безводного промежутка.

48. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА:

- а) полного раскрытия шейки матки;
- б) начала потуг;
- в) прорезывания теменных бугров;
- г) излития околоплодных вод.

49. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- а) сокращения;
- б) ретракции;
- в) дистракции;
- г) все выше перечисленное.

50. КОГДА ПРОИЗВОДЯТ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РОДАХ:

- а) при поступлении роженицы в стационар;
- б) сразу же после отхождения вод;
- в) для наблюдения за динамикой родов каждые 6 часов;
- г) при отклонении от нормального течения родов;

д) все выше перечисленное.

«Гинекология»

1. Пубертатный период – это:

- а) период, когда в организме происходит активизация функции яичников;
- б) период, когда происходит быстрое соматическое и половое развитие девочки;
- в) возраст, в котором определенные участки тела покрываются волосами;
- г) все перечисленное.

2. В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения:

- а) подавление гонадотропной функции гипофиза;
- б) активизация гормональной функции яичников;
- в) ритм выделения ФСГ не устанавливается;
- г) устанавливаются регулярные «пики» экскреции ЛГ;
- д) ничего из перечисленного.

3. Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно:

- а) в 8-9 лет;
- б) в 10-11 лет;
- в) в 12-13 лет;
- г) в 14-15 лет;
- д) в 16-18 лет.

4. Степень полового развития Ma_0 Ax_0 P_0 соответствует возрасту:

- а) до 10 лет;
- б) 10-12 лет;
- в) 12-13 лет;
- г) 14 лет и более.

5. Степень полового развития Ma_1 Ax_1 P_1 соответствует возрасту:

- а) до 10 лет;
- б) 10-12 лет;
- в) 12-13 лет;
- г) 14 лет и более.

6. Степень полового развития Ma_2 Ax_2 P_2 Me_1 соответствует возрасту:

- а) до 10 лет;
- б) 10-12 лет;
- в) 12-13 лет;
- г) 14 лет и более.

7. Показания для направления девочки на осмотр к врачу акушеру-гинекологу:

- а) боли в животе в любом возрасте;
- б) появление признаков полового развития в 8 лет;
- в) отсутствие менструации в 15 лет;
- г) туберкулез;
- д) все перечисленное.

8. Дефицит массы тела, как правило, является одной из причин:

- а) запаздывания наступления первой менструации;
- б) длительного становления менструальной функции;
- в) развития или усугубления нарушения менструальной функции;
- г) всего перечисленного;
- д) ничего из перечисленного.

9. К анатомическим особенностям матки у новорожденной девочки относятся:

- а) тело матки маленькое, шейка матки почти не выражена;
- б) матка небольшая, длина шейки матки почти в 3 раза больше длины тела матки;
- в) матка имеет двурогую форму;
- г) тело матки почти в 2 раза больше шейки матки;
- д) ничего из перечисленного.

10. Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек следующие:

- а) избыточная складчатость слизистых;
- б) низкая эстрогенная насыщенность;
- в) недостаточная выработка гликогена;
- г) истонченность и замедленная пролиферация;
- д) все перечисленные.

11. Большие железы преддверия влагалища расположены:

- а) в основании малых половых губ;
- б) в толще средних отделов больших половых губ;
- в) в бороздке между нижними третями малых и больших половых губ;
- г) в толще задних отделов больших половых губ.

12. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит:

- а) с мочеточником;
- б) с мочевым пузырем;
- в) с мочеиспускательным каналом;
- г) ни с чем из перечисленного.

13. Передняя стенка влагалища в ее нижнем отделе граничит:

- а) с мочеточником;
- б) с мочевым пузырем;
- в) с мочеиспускательным каналом;
- г) ни с чем из перечисленного.

14. Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается:

- а) с прямой кишкой;
- б) с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом);
- в) с шейкой мочевого пузыря;
- г) с мочеточниками;
- д) ни с чем из перечисленного.

15. Задняя стенка влагалища в средней ее части соприкасается, как правило:

- а) с прямой кишкой;
- б) с сигмовидной кишкой;
- в) с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом);
- г) с тканями промежности;
- д) с петлями тонкого кишечника.

16. Границей между наружными и внутренними половыми органами обычно является:

- а) наружный маточный зев;
- б) внутренний маточный зев;
- в) девственная плева (вход во влагалище);
- г) малые половые губы;
- д) ничто из перечисленного.

17. Длина тела небеременной матки у женщин, как правило, составляет:

- а) 6-7 см;
- б) 7-8 см;
- в) 8-9 см;

- г) 9-10 см;
- д) 11-12 см.

18. К наружным половым органам относятся:

- а) большие половые губы;
- б) малые половые губы;
- в) большие железы преддверия;
- г) клитор;
- д) все ответы правильные.

19. К внутренним половым органам относятся все нижеперечисленные, кроме:

- а) матка;
- б) маточные трубы;
- в) яичник;
- г) большие железы преддверия;
- д) влагалище.

20. Матка располагается в малом тазу следующим образом:

- а) тело и шейка матки располагаются под углом друг к другу;
- б) тело матки располагается в узкой части полости малого таза;
- в) влагалищная часть шейки и наружный зев располагаются ниже уровня седалищных остей;
- г) все ответы правильные.

21. Яичник поддерживается в брюшной полости благодаря:

- а) круглой связке;
- б) кардинальной связке;
- в) воронко-тазовой связке;
- г) крестцово-маточной связке.

22. Околоматочная клетчатка (параметрий):

- а) расположена между листками широкой маточной связки;
- б) расположена на уровне шейки матки;
- в) расположена в основании широких маточных связок;
- г) обеспечивает рыхлое соединение брюшины с маткой;
- д) все ответы правильные.

23. Кровоснабжение яичников осуществляется:

- а) маточной артерией;
- б) яичниковой артерией;
- в) подвздошно-поясничной артерией;
- г) внутренней половой и яичниковой артериями;
- д) маточной и яичниковой артериями.

24. Маточная артерия является ветвью:

- а) аорты;
- б) общей подвздошной артерии;
- в) внутренней подвздошной артерии;
- г) наружной подвздошной артерии;
- д) подвздошно-поясничной артерии.

25. Анатомической особенностью яичниковой артерии является то, что она:

- а) анастомозирует с яичниковой ветвью маточной артерии;
- б) отходит чуть ниже почечной артерии;
- в) проходит между листками широкой маточной связки вдоль ее свободного края;
- г) отходит от передней поверхности брюшной аорты;
- д) все ответы правильные.

26. Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующие характерные признаки, кроме:

- а) делится на восходящую и нисходящую ветви;
- б) на первом перекрестке с мочеточником располагается позади мочеточника;
- в) ее влагалищная ветвь анастомозирует с почечной артерией;
- г) ее влагалищная ветвь идет по передне-боковой стенке влагалища с обеих сторон.

27. В подвешивающий аппарат матки и ее придатков не входят:

- а) широкие маточные связки;
- б) собственные связки яичников;
- в) круглые связки матки;
- г) крестцово-маточные связки;
- д) воронко-тазовые связки.

28. К фиксирующему аппарату внутренних половых органов не относят:

- а) крестцово-маточные связки;
- б) фасции тазового дна;
- в) кардинальные связки;
- г) пузырно-маточные связки.

29. Особенности нормального менструального цикла являются:

- а) овуляция;
- б) образование желтого тела в яичнике;
- в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла;
- г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

30. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:

- а) гонадотропины;
- б) эстрогены;
- в) гестагены;
- г) рилизинг – гормоны.

31. Гипофиз вырабатывает следующие гормоны:

- а) гонадотропины;
- б) эстрогены;
- в) гестагены;
- г) рилизинг – гормоны.

32. Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла заключается в следующем:

- а) одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего);
- б) нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего;
- в) функция звеньев синхронна;
- г) выключение одного звена нарушает всю систему в целом;
- д) верно все перечисленное.

33. ФСГ стимулирует:

- а) рост фолликулов в яичнике;
- б) продукцию кортикостероидов;
- в) продукцию ТТГ в щитовидной железе;
- г) все перечисленное.

34. Основное действие эстрогенов на организм:

- а) блокируют рецепторы к окситоцину;
- б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии;
- в) вызывают секреторные изменения в эндометрии;
- г) верно все перечисленное;

д) все перечисленное неверно.

35. Эстрогены обладают следующим действием:

- а) способствуют перистальтике матки и труб;
- б) усиливают процессы окостенения;
- в) стимулируют активность клеточного иммунитета;
- г) верно все перечисленное;
- д) все перечисленное неверно.

36. Гестагены обладают следующим действием:

- а) снижают содержание холестерина в крови;
- б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков;
- в) повышают тонус матки;
- г) верно все перечисленное;
- д) все перечисленное неверно.

37. Андрогены образуются:

- а) в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке);
- б) в сетчатой зоне коры надпочечников;
- в) верно и то, и другое;
- г) и то, и другое неверно.

38. Обмен эстрогенов протекает по схеме:

- а) эстрадиол – эстрон – эстриол – нестероидные продукты;
- б) эстрадиол – эстриол – эстрон – нестероидные продукты;
- в) эстрон – эстрадиол – эстриол – нестероидные продукты;
- г) эстриол – эстрадиол – эстрон – нестероидные продукты;
- д) все перечисленное неверно.

39. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием:

- а) простагландинов;
- б) рецепторов;
- в) специфических ферментов;
- г) всего перечисленного;
- д) ничего из перечисленного.

40. Малые дозы эстрогенов:

- а) стимулируют продукцию ФСГ;
- б) подавляют продукцию ФСГ;
- в) усиливают продукцию ЛГ;
- г) подавляют продукцию ЛТГ.

41. Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник:

- а) увеличивается выработка яичником эстрогенов;
- б) увеличивается выработка яичником прогестерона;
- в) происходит атрофия яичниковой ткани;
- г) все перечисленное неверно.

42. Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только в том случае, если:

- а) полноценная фаза пролиферации;
- б) произошла овуляция;
- в) функционирует полноценное желтое тело;
- г) верно все перечисленное.

43. К тестам функциональной диагностики относится:

- а) исследование шеечной слизи;
- б) измерение базальной температуры;

- в) кольпоцитология;
- г) все ответы правильные;
- д) все ответы неправильные.

44. К тестам функциональной диагностики относятся все ниже перечисленные, кроме:

- а) карио-пикнотический индекс (КПИ);
- б) симптом «зрачка»;
- в) измерение базальной температуры;
- г) проба с гестагенами;
- д) симптом папоротника.

45. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:

- а) двухфазность менструального цикла;
- б) уровень эстрогенной насыщенности организма;
- в) наличие овуляции;
- г) полноценность лютеиновой фазы цикла;
- д) все перечисленное.

46. Кариопикнотический индекс – это процентное отношение:

- а) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
- б) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке;
- в) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
- г) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам;
- д) ничто из перечисленного.

47. Тест базальной температуры основан:

- а) на воздействии эстрогенов на гипоталамус;
- б) на влиянии простагландинов на гипоталамус;
- в) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса;
- г) ни на чем из перечисленного.

48. Тест функциональной диагностики, указывающий на гиперэстрогению:

- а) длина растяжения цервикальной слизи 2-3 см;
- б) базальная температура тела 37°C;
- в) кариопикнотический индекс 50-60% и более;
- г) атрофический эндометрий.

49. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует:

- а) повышение базальной температуры в первую фазу цикла;
- б) повышение базальной температуры во вторую фазу цикла;
- в) пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла;
- г) симптом «зрачка» (+ + +).

50. Монотонная кривая базальной температуры характерна:

- а) для двухфазного менструального цикла;
- б) для двухфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы до 5 дней;
- в) для ановуляторного менструального цикла;
- г) ни для чего из перечисленного;
- д) для всего перечисленного.

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Серов, В. Н. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова ; ред.-сост. И. И. Баранов. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2021. - 368 с. (Серия "Схемы лечения") - ISBN 978-5-4235-0365-9. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503659.html>
2. Айламазян, Э. К. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461044.html>
3. Радзинский, В. Е. Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В. Е. Радзинского, Е. В. Ших. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-6031-3. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460313.html>
4. Каган, И. И. Клиническая анатомия женского таза : иллюстрированный авторский цикл лекций / И. И. Каган ; под ред. Г. Т. Сухих. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 152 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-5931-7. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459317.html>
5. Глухова, Е. Ю. Несостоятельный рубец на матке / под ред. Е. Ю. Глухова, С. Н. Буяновой, Л. С. Логutowой [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5701-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457016.html>
6. Доброхотова, Ю. Э. Антенатальная помощь беременным с экстрагенитальными заболеваниями / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5795-5. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457955.html>
7. Балан, В. Е. Сложные вопросы терапии менопаузальных нарушений / под ред. В. Е. Балан, Я. З. Зайдиевой, В. А. Петрухина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 344 с. - ISBN 978-5-9704-5803-7. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458037.html>
8. Савельева, Г. М. Гинекология : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-5707-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457078.html>

Дополнительная литература:

- 9.
10. Манухин, И. Б. Гиперандрогенные синдромы в гинекологии / И. Б. Манухин, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-5666-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456668.html>
11. Озолия, Л. А. Венозные тромбозмболические осложнения в акушерстве и гинекологии / Л. А. Озолия, С. Б. Керчелаева, И. А. Лапина, О. В. Макаров. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5651-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456514.html>

12. Манухин, И. Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 304 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - 304 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5821-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458211.html>
13. Лоран, О. Б. Экстренная урогинекология / Лоран О. Б., Касян Г. Р., Пушкарь Д. Ю. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, . - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5635-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456354.html>
14. Дикке, Г. Б. Медикаментозный аборт в амбулаторной практике / Г. Б. Дикке. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 384 с. : ил. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5762-7. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457627.html>
15. Дубровина, С. О. Эндометриоз. Патогенез, диагностика, лечение / под ред. С. О. Дубровиной, В. Ф. Беженаря. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-5802-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458020.html>
16. Ших, Е. В. Фармакотерапия во время беременности / под ред. Е. В. Ших - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-5573-9. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455739.html>
17. Подзолкова, Н. М. Заболевания молочных желез в гинекологии / Н. М. Подзолкова, И. Е. Фадеев, Т. Н. Полётова, Л. В. Сумятина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-5659-0. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456590.html>
18. Тапильская, Н. И. Ведение беременности ранних сроков, наступившей в результате протоколов ВРТ : руководство для врачей / Н. И. Тапильская, И. Ю. Коган, А. М. Гзгзян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-5617-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456170.html>
19. Глазкова, О. Л. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных в гинекологической клинике / О. Л. Глазкова, Р. Э. Кузнецов [и др.] ; под ред. Н. М. Подзолковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-5623-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456231.html>
20. Хрянин, А. А. Хламидийная инфекция : эволюция взглядов / А. А. Хрянин, О. В. Решетников. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-5594-4. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455944.html>
21. Кисина, В. И. Инфекции, передаваемые половым путем / Кисина В. И., Гущин А. Е., Забиров К. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5332-2. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453322.html>
22. Подзолкова, Н. М. Вульвовагинальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Диагностика, лечение, реабилитация / Н. М. Подзолкова, Л. Г. Созаева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5582-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455821.html>
23. Краснопольская, К. В. Тонкий эндометрий. Лечение бесплодия у женщин с гипоплазией эндометрия / К. В. Краснопольская, И. Ю. Ершова, А. А. Федоров. -

- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-5516-6. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455166.html>
24. Древаль, А. В. Репродуктивная эндокринология / Древаль А. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-5370-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453704.html>
25. Радзинский, В. Е. Ожирение. Диабет. Беременность. Версии и контраверсии. Клинические практики. Перспективы / Радзинский В. Е. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, . - 528 с. - ISBN --. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454428.html>
26. Венедиктова, М. Г. Трофобластическая болезнь / Венедиктова М. Г. , Доброхотова Ю. Э. , Морозова К. В. , Тер-Ованесов М. Д. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-4824-3. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448243.html>
27. Каприн, А. Д. Мастопатии / под ред. Каприна А. Д. , Рожковой Н. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 320 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4864-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448649.html>
28. Венедиктова, М. Г. Рак тела матки / Венедиктова М. Г. , Доброхотова Ю. Э. , Морозова К. В. , Тер-Ованесов М. Д. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-4823-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448236.html>
29. Венедиктова, М. Г. Опухоли наружных половых органов / Венедиктова М. Г. , Доброхотова Ю. Э. , Морозова К. В. , Тер-Ованесов М. Д. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 48 с. - ISBN 978-5-9704-4821-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448212.html>
30. Каприна, А. Д. Маммология / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 496 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5070-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450703.html>
31. Подзолкова, Н. М. Современная контрацепция. Новые возможности, критерии безопасности, основы консультирования / Н. М. Подзолкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4737-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447376.html>
32. Доброхотова, Ю. Э. Миома матки / Доброхотова Ю. Э. , Ибрагимова Д. М. , Сапрыкина Л. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-4473-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444733.html>
33. Критическое состояние плода : диагностические критерии, акушерская тактика, перинатальные исходы / А. Н. Стрижаков [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-4554-9. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445549.html>

