

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ХОДЖИ АХМЕДА ЯСАВИ**

**ПРОГРАММА
вступительного экзамена в резидентуру
по образовательной программе
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ ВЗРОСЛАЯ, ДЕТСКАЯ»**

Направление подготовки:

7R011 Здравоохранения

**Группа образовательной
программы:**

R032 – «Акушерство и гинекология
взрослая, детская»

Содержание

1. Порядок организации вступительных экзаменов в резидентуру	3
2. Правила оценивания знаний поступающих в резидентуру	3
3. Примерная структура вопросов по общей врачебной практике (ОВП)	4
4. Перечень программных вопросов по профилю специальности	4
5. Список рекомендуемой литературы по профилирующим дисциплинам специальности	13

1. Порядок организации вступительных экзаменов

Вступительный экзамен в резидентуру принимается в 2-этапа: комплексное тестирование и собеседование. На каждом этапе максимальный балл составляет - 100 баллов.

Комплексное тестирование содержит тестовые вопросы, направленные на определение уровня теоретической подготовки и освоения образовательных программ интернатуры.

Комплексный тест содержит 70% вопросы по общей врачебной практике, 30% - по специальности в рамках спецификации ОВП.

Собеседование проводится с целью выявления подготовленности претендента в части мотивации к обучению, степени ознакомленности с будущей специальностью и наличием практических навыков по выбранной специальности.

2. Правила оценивания знаний поступающего

1) Комплексное тестирования содержит тестовые вопросы, направленные на определение уровня теоретической подготовки и освоения образовательных программ интернатуры.

Общее время выполнения теста – **2 часа**

В одном варианте теста – **100 заданий**

Тестовые задания представлены в закрытой форме. Нужно выбрать один ответ из пяти предложенных вариантов ответов.

За каждый правильный ответ присуждается **1 балл**, во всех остальных случаях – **0 баллов**.

2) Собеседование оценивается по следующим критериям:

№	Критерии оценки	Количество баллов
Всего:		100
1	Мотивация к обучению в резидентуре по выбранной специальности	25
	Четко определена цель поступления в резидентуру	5
	Обосновал(а) выбор специальности	5
	Указаны профессиональные планы и перспективы по окончании вуза	5
	Указаны конкретные действия по улучшению (решению) актуальных проблем по выбранной специальности	10
2	Волонтерство (ночные дежурства, санитарно-просветительная работа) по выбранной специальности	25
	Участвовал(а) в организации санитарно-просветительных работ	5
	Ходил(а) на дежурства по выбранной специальности	10
	Работал по выбранной специальности	10

3	Наличие базовых практических навыков по выбранной специальности	50
	Знание инструментария и клиники основных заболеваний по выбранной специальности	10
	Владение базовыми практическими навыками по выбранной специальности	20
	Умение применять практические навыки по выбранной специальности	20

3. Примерная структура вопросов по ОВП

Содержание
Документооборот и организация работы врача общей практики на уровне ПМСП
Внутренние болезни в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи
Детские болезни в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи
Хирургические болезни в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи
Акушерство и гинекология в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи
Дерматовенерология в общей врачебной практике
Семейная медицина
Инфекционные болезни в общей врачебной практике В том числе COVID-19
Фтизиатрия в общей врачебной практике
Онкология в общей врачебной практике
Методы инструментальной диагностики в общей врачебной практике
Интенсивная терапия и неотложная помощь в ПМСП

4. Перечень программных вопросов по профилю специальности

по дисциплине «Акушерство»

1. Организация акушерско-гинекологической помощи. Регионализация перинатальной помощи в РК. Основы конфиденциального аудита.
2. Антенатальная охрана плода с учетом эффективных перинатальных технологий, основанных на доказательствах рекомендованные ВОЗ.
3. Гипертензивные состояния и беременность.

4. Особенности ведения преждевременных родов с позиции доказательной медицины.
5. Тактика врача при преждевременном излитии околоплодных вод в зависимости от срока беременности с позиции доказательной медицины.
6. Роль охраны репродуктивного здоровья в снижении материнской и перинатальной смертности
7. Классификация контрацептивных средств. Современные методы контрацепции.
8. Заболевания передаваемые половым путем (ЗППП). Профилактика инфекций в службе планирования семьи.
9. Медикаментозный аборт. Показания. Условия. Консультирование
10. Диспансеризация беременных женщин.
11. Асфиксия и родовая травма новорожденных
12. Вопросы лактации и вакцинация новорожденных
13. Послеродовые гнойно-септические заболевания, определение, классификация.
14. Гнойно-септические заболевания новорожденных
15. Диспансеризация гинекологических больных.
16. Генитальный туберкулез.
17. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.
19. Послеродовый мастит, классификация, диагностика, лечение.
20. Бесплодный брак. Причины и алгоритм обследования бесплодной пары. Методы диагностики и лечения трубного и эндокринного бесплодия. Современные репродуктивные технологии в лечении бесплодия.
21. Методы диагностики и лечения трубного бесплодия.
22. Внематочная беременность.
23. Дифференциальная диагностика при остром животе.
24. Хирургические методы лечения внематочной беременности
25. Методы функциональной диагностики в гинекологии.
26. Аменорея. Аменорея и гипоменструальный синдром
27. Аномальные (дисфункциональные) маточные кровотечения.
28. Ювенильные маточные кровотечения.
29. Кровотечения репродуктивного периода. Кровотечения климактерического периода.
30. Анатомо-физиологические особенности развития половых органов у девочек в возрастном аспекте
31. Физиология периода полового созревания и менструального цикла
32. Особенности течения беременности и родов в юном возрасте
33. Диагностировать и определять тактику «острый» живот в детской гинекологии
34. Диагностировать и определять тактику при травмах половых путей у девочек

по дисциплине «Гинекология»

1. Методы оценки физического развития девочки, девушки. Методы обследования девочек и подростков
2. Пособия, применяемые при ведении родов при тазовом предлежании.
3. Использовать методы борьбы с кровотечением в послеродовом и раннем послеродовом периодах согласно основным клиническим протоколам МЗ РК
4. Оказывать неотложную помощь при акушерских кровотечениях
5. Диагностировать и оказывать помощь при внутреннем кровотечении, нарушении гемодинамики, нарушении гемостаза
6. Принципы восполнения кровопотери. Гемотрансфузия. Современные технологии в остановке маточных кровотечений.
7. Диагностика и помощь при геморрагическом шоке.
8. Диагностика и помощь при ДВС-синдроме.
9. Диагностика родового травматизма матери
10. Диагностика и определять тактику при разрыве лонного сочленения
11. Диагностика и определять тактику при аномалии родовой деятельности
12. Диагностика и оказывать помощь при клинически узком тазе
13. Диагностика асфиксию новорожденных
14. Дифференциальная диагностика при гипертонических состояниях при беременности.
15. Диагностировать разрыв промежности I и II степени и техника наложения швов.
16. Проводить вакуум экстракцию плода в плоскости выхода малого таза
17. Техника проведения акушерского поворота плода на ножку
18. Экстренная помощь при эклампсии.
19. Экстренная помощь при преэклампсии тяжелой степени
20. Помощь при асфиксии новорожденных
21. Диагностировать разрыв шейки матки I и II степени и техника наложения швов.
22. Проведите дифференциальную диагностику: угрожающий разрыв матки, совершившийся разрыв матки, выворот матки.
23. Сравните и сопоставьте врачебную тактику при ведении преждевременных родов в зависимости от гестационного срока.
24. Тактика ведения роженицы при преждевременном разрыве плодных оболочек и сроке беременности от 22 до 24 недель.
25. Тактика ведения роженицы при преждевременном разрыве плодных оболочек и сроке беременности от 25 до 34 недель.
26. Тактика ведения роженицы при преждевременном разрыве плодных оболочек и сроке беременности от 34 до 37 недель.
27. Тактика ведения роженицы при преждевременном разрыве плодных оболочек и сроке беременности от 37 недель и более.
28. Операции тубэктомии. Показания. Техника проведения.
29. Операции туботомии. Показания. Техника проведения.
30. Операции аднексэктомии. Показания. Техника проведения.

- 31.Кульдоцентеза. Показания. Техника проведения.
- 32.Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала
- 33.Первично сердечно-легочная реанимация при терминальных состояниях у взрослых и детей
- 34.Неотложную помощь при анафилактическом шоке, при острой дыхательной недостаточности (ОДН), вызванной скоплением жидкости или воздуха в плевральной полости

по дисциплине «Детская гинекология»

- 1.Диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- 2.Мануальное влагалищное исследование у девочек
- 3.Повторнородящая 28 лет в доношенном сроке обратилась к врачу женской консультации с жалобами на тянущие боли внизу живота. В анамнезе 3 кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. Состояние удовлетворительное. Матка возбудима, родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. В области предполагаемого рубца на матке отмечается болезненность при пальпации. Из половых путей патологических выделений нет. Шейка матки по шкале Бишоп 6 баллов. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.
- 4.Повторнобеременная 26 лет со сроком беременности 28 недель обратилась к врачу женской консультации с жалобами на слабость. В анамнезе хронических заболеваний, травм и операций нет. Состояние удовлетворительное. Умеренные отеки на нижних конечностях. Температура тела 36,5°C, пульс 80 ударов/минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Сердцебиение плода 145-148 уд/мин, ясное, ритмичное. Матка не возбудима. Из половых путей патологических выделений нет. В общем анализе крови гемоглобин 123 г/л. В разовой порции мочи следы белка. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.
- 73.Женщина 30 лет на приеме у врача женской консультации предъявляет жалобы на резкие боли внизу живота, рвоту, тошноту. Объективно: бледная, АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 90 в мин. Живот резко болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. На зеркалах: шейка матки чистая. PV: матка маленькая, справа определяется образование размером 10x10 см, болезненное, неподвижное. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.
- 4.Первобеременная 20 лет со сроком беременности 40 недель+4 дня обратилась к врачу женской консультации с жалобами на тянущие боли внизу живота. Состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов/минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Сердцебиение плода 145-149 уд/мин, ясное, ритмичное. Родовой деятельности нет. Из половых путей патологических выделений нет. Шейка матки по шкале Бишоп 6 баллов. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

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

7. В родильный дом поступила беременная со сроком 37 недель и дородовым излитием околоплодных вод. Состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в минуту. Температура тела 36,5С. Матка не возбуждима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 ударов в минуту. Из половых путей подтекают светлые околоплодные воды в небольшом количестве, без запаха. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

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

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

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

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

спаечный процесс малого таза. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

12. Пациентка 25 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет, в последние 2 года отмечает избыточный рост волос и прыщи на лице и по всему телу. Из анамнеза: месячные нерегулярные, через 2-3 месяца. Половая жизнь с 20 лет. При осмотре: фенотип женский, телосложение правильное, повышенного питания, отложение жира преимущественно на талии. Индекс массы тела свыше 35 кг/м². Затемненные участки кожи на шее, в подмышечных впадинах и под грудью. При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Тело матки меньше нормы, в области придатков с обеих сторон пальпируются образования 5х6х6см, плотные, подвижные, безболезненные. Базальная температура – монофазная, кариопикнотический индекс 60-70%. По УЗИ: объем яичников 14 см³, гиперплазированная строма, 12-13 атретичных фолликулов диаметром 10-12 мм, расположенных по периферии под утолщенной капсулой. Спермограмма мужа без патологических изменений. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

13. Поступила в роддом первородящая 25 лет в сроке 41 неделя+4 дня с жалобами на излитие околоплодных вод. Объективно: положение плода продольное, предлежит тазовый конец, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 3900,0 гр. Из половых путей подтекают мекониальные воды. Шейка матки по шкале Бишоп 5 баллов. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

14. Беременная 23 лет в сроке беременности 28 недель, обратилась к врачу с жалобами на частое мочеиспускание, повышение температуры тела до 37,5°C, появление болей в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область. Соматически здорова. АД 110/65 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту. Симптом поколачивания положительный справа. Общий анализ крови: незначительный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Общий анализ мочи – лейкоцитурия, бактерии++. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

15. У девочки 6 лет, с жалобами на зуд в области наружных половых органов, ощущение жжения после мочеиспускания. При осмотре обнаружено, что малые губы склеены вместе на некотором протяжении серой или белой тонкой полупрозрачной пленкой. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

16. Девушке 16 лет, у нее редкие, болезненные месячные. С детства страдает хроническим тонзиллитом. Рост 168 см, тонкокостная, таз общеравномерносуженный. Менархе с 15 лет, менструации болезненные. Все органы и системы без аномалий. Вторичные половые признаки развиты недостаточно. Наружные половые органы гипопластичны. При УЗИ – матка маленькая, соответствует таковой в 11-12 лет. Яичники сформированы правильно. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

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

18. В женскую консультацию обратилась девушка 17 лет: рост низкий, аркообразное небо, короткая шея, крыловидные складки на шее, бочкообразная грудная клетка. Имеется незначительное снижение интеллекта, кариотип 45X0. Первичная аменорея. Половые органы гипопластичные. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

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

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

21. Женщина А., 32 лет, предъявляет жалобы на боли в обеих молочных железах до начала менструаций за 10-12 дней, сопровождающаяся их уплотнением. Боль и уплотнение полностью проходят после окончания менструации. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

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

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

24. При профилактическом осмотре и обследовании пациентки 22 лет в женской консультации выявлено: рН вагинального отделяемого более 4,5, гиперемия слизистой влагалища, положительный аминный тест, "ключевые клетки" при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого. Сама пациентка жалоб не предъявляет. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

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

26. Вы врач приемного покоя родильного дома. К вам поступила беременная с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и излитие околоплодных вод. Срок гестации по менструации – 40 недель. Акушерский статус: Матка правильной овоидной формы, соответствует доношенному сроку беременности. Потуги через 4-5 мин по 25-30 сек, слабой силы. Срок гестации по менструации - 40 недель. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода вне схваток 185-195 ударов в минуту. PV: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере выхода таза. Мыс недостижим, экзостозов нет. КТГ плода: Сокращения матки через 4-5 минут различной амплитуды длительностью 25-30 секунд. Наличие поздних децелераций с амплитудой более 45 уд в мин. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

27. Вы врач приемного покоя родильного дома. К вам поступила беременная с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота. Срок гестации по менструации – 19-20 недель. PV: шейка матки слегка отклонена кзади,

укорочена до 2,5 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 п/п за внутренний зев. На задней стенке шейки матки отмечен старый разрыв, длиной 1 см., плодный пузырь цел, предлежит головка, над входом в малый таз. Мыс не достигим. УЗИ: В полости матки один плод в головном предлежании, размеры плода соответствуют 19-20 неделям. Сердцебиение плода «+». Плацента по задней стенке матки. Длина шейки матки менее 2,0 см., диаметр внутреннего зева 1,5 см. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

28. Повторнородящая, поступила в роддом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота при беременности 30 недель. При обследовании: схватки через 15-20 минут по 20-25 секунд, слабой интенсивности. Воды не отходили. Сердцебиение плода до 136 ударов/минуту. Соматически здорова. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 1 см, мягкая, цервикальный канал свободно пропускает 1 поперечный палец за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка. Выделения слизистые. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

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

30. Родильница И., на 15-е сутки послеродового периода поступает в больницу скорой неотложной помощи с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, боли в правой молочной железе. Status localis: правая молочная железа увеличена, болезненна, кожа её в верхненаружном квадранте отёчна, гиперимирована, с цианотичным оттенком. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат, величиной 8x8 см, регионарные подмышечные лимфоузлы увеличены. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение родильницы.

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

32. Повторнобеременная Л., 31 года, поступила в акушерский стационар по направлению СВА в сроке беременности 35 недель и 2 дня. Жалобы на частое шевеление плода в течение 2-х недель. Окружность живота-85 см,

высота стояния дна матки - 26 см. Результаты доплерометрии пупочной артерии произведенной накануне: реверсный кровоток. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение.

33. Повторнобеременная А., 34 лет. Поступила в акушерский стационар в сроке беременности 29 недель и 3 дня, с жалобами на слабость, головокружение, сухость во рту, повышенную жажду, одышку, чувство тяжести и боли в эпигастрии, тошноту и рвоту с примесью крови, кровоточивость десен, потерю массы тела в течение 6 недель, кожный зуд, озноб. Объективно: кожные покровы желтушной окраски. АД 90/60 мм рт.ст., пульс 100 ударов в минуту. Общий анализ крови: Нв- 63 г/л ; Эритроциты - $2,2 \times 10^{12}/л$; Тромбоциты - $150 \times 10^9/л$; Ht- 32 % ; Лейкоциты - $4,4 \times 10^9/л$; СОЭ 42 мм /ч ; свертываемость- 22 мин; П.- 14 , С- 68 , Л-12 , М- 6. Коагулограмма: Протромбиновый индекс- 63%; Протромбиновое время- 20 сек.; Фибриноген- 2,1 г/л. Общий анализ мочи: Количество - 50,0; удел. вес -1022; реакция - кислая; Белок-0,033 г/л; микроскопия осадка: эпителий- 2-3, лейкоциты- 6-7, эритроциты - 3-4. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение беременной.

34. У повторнобеременной Н., 28 лет, в сроке беременности 32 недели и 3 дня, при проведении УЗИ обнаружено: толщина плаценты 60 мм, отмечается увеличение размеров живота, асцит, значительное увеличение печени, двойные контуры головки и туловища плода. Ка КТГ, доплерометрии плода- симптомы дистресса плода. Амниоцентез - оптическая плотность билирубина 0,7. После постановки диагноза запланируйте дальнейшее ведение беременной.

5. Список рекомендуемой литературы по профилирующим дисциплинам специальности

«Акушерство и гинекология взрослая, детская»

Основная литература:

1. Основные клинические протоколы и приказа МЗ РК по акушерству и гинекологии. Алматы, 2010г.
2. Интегрированное ведение беременности и родов, «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушерок и врачей», ВОЗ, Женева, 2000г.
3. Интегрированное ведение беременности и родов, «Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным: руководство для клинической практики», ВОЗ, Женева, 2003 г.
4. «Эффективная перинатальная помощь и уход» руководство ВОЗ для врачей.
5. Э.Новак «Гинекология», под редакцией Дж. Берека, И. Адаши, П. Хилард, Москва, 2002 г.
6. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В.И.Кулакова, И.Б. Манухин, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007г.

7. «Практическое руководство по оказанию неотложной помощи в акушерстве и гинекологии». /Под редакцией проф. Мамедалиевой Н.М., Алматы, 2006г.
8. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Шехтман М. М., Москва, 2003г.
9. «Экстрагенитальная патология и беременность» Клинические лекции под редакцией А.М. Доцановой, Алматы, 2001г.
- 10.«Вопросы детской и подростковой гинекологии», Кульбаева К.Ж., 1999г.
- 11.Гинекология /учебник/. Василевский Л.Н., Грищенко Е.И., Кобзева И.Б. М., 1988 г.
- 12.Клинические лекции по акушерству и гинекологии под руководством Каюповой Н.А., I том, 1999, II том 2000г.
- 13.«Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста», В.Ф. Кокolina, Москва 2005г.

Дополнительная литература:

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

