

**1. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.**

**Эталон ответа:**

Беременность, роды, кормление грудью являются физиологическими функциями женского организма. Однако организм беременной женщины переживает новые условия, направленные на обеспечение развивающегося плода, адаптируется к новым условиям. В период прогрессирования беременности возникает необходимость правильного внутриутробного развития плода.

Все изменения – как общие, так и местные – регулируются нервной системой. В ЦНС во время беременности возникает доминантный очаг (доминанта беременности), обеспечивающий нормальное течение физиологических преобразований, связанных с развитием плода.

С наступлением беременности изменяются функции желез внутренней секреции: гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, поджелудочной железы, паращитовидных желез.

Кроме того, начинает функционировать новая железа внутренней секреции – плацента, оказывающая выраженные изменения в материнском организме. Все это обуславливает те изменения, которые видны при осмотре и касаются внешнего облика: походки, скелета, подкожно-жировой клетчатки.

У беременных изменяется работа сердечно-сосудистой системы, легких, желудочно-кишечного тракта, почек, печени. Происходят изменения всех видов обмена: углеводного, белкового, жирового, минерального, витаминов.

**Изменения в ЦНС**

Изменяется возбудимость головного и спинного мозга. Возбудимость коры до 3-4 месяцев беременности понижается, а затем до конца беременности остается повышенной. Изменяется характер процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга.

Понижение рефлекторной возбудимости обуславливает покой, инертность матки, что способствует нормальному течению беременности.

Изменяется тонус вегетативной нервной системы: сонливость, неуравновешенность, смена настроения, изменения вкуса, склонность к головокружению (обычно в первые месяцы беременности).

Повышается возбудимость периферических нервов, бывают невралгические боли в крестце, пояснице, судороги в икроножных мышцах.

**Состояние сердечно-сосудистой системы**

У беременных возникают такие условия кровообращения, при которых значительно увеличивается нагрузка на ССС.

Нагрузка на сердце связана с увеличением объема циркулирующей крови и общего веса беременной, возникновением нового звена в большом круге кровообращения – маточно-плацентарного, во 2-й половине беременности приобретают значение механические факторы, затрудняющие работу сердца – высокое стояние диафрагмы (особенно к 36 недели беременности), что затрудняет легочное

кровообращение, снижается жизненная емкость легких. Это влечет за собой смещение сердца, оно приближается к грудной клетке и вместе с тем несколько поворачивается вокруг оси, это сопровождается относительным перекрутом сосудов, приносящих и уносящих кровь, что затрудняет легочное кровообращение.

Основными изменениями гемодинамики у беременных являются следующие: увеличение объема циркулирующей крови, увеличение минутного и ударного кровообращения, учащение ЧСС, повышение скорости кровотока.

Объем циркулирующей крови (ОЦК) в 28-32 недели увеличивается на 30-40% (в 1-м триместре -5-5,3л., в 3-м триместре – 6,0 – 6,5 литров). Однако содержание гемоглобина возрастает только на 15% , а показатель гематокрита снижается.

### **Гормональные изменения во время беременности**

С ранних сроков беременности происходят сложные нейро-эндокринные изменения. Значительная роль в осуществлении многих специфических для беременности реакций принадлежит гормональным факторам.

С повышенной нагрузкой функционируют ряд эндокринных органов. Повышается секреция гормонов гипофиза: ЛГ, ФСГ, пролактина, тиреотропного, аденокортикотропного, гормона роста (СТГ), мелано-стимулирующего гормона.

Секреция гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ и ЛГ): в ранние сроки их выработка приближается к максимальному уровню (как при менструальном цикле) и остается постоянной на протяжении всей беременности.

Увеличивается секреция гормонов яичников, надпочечников, щитовидной железы.

Эндокринная система женщин во время беременности, родов и послеродового периода претерпевает значительные изменения: отмечено увеличение гипофиза, повышается продукция гипофизом пролактина и меланоцитстимулирующего гормона, а также гормона роста. Повышение в крови тироксина и кортизола в значительной степени связано с увеличением продукции тироксинсвязывающего глобулина и транскортина под влиянием плацентарных эстрогенов. Секреция фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов подавляется. Все эти изменения непосредственно связаны с формированием во время беременности нового эндокринного органа – плаценты, секретирующей в организм матери белковые (плацентарный лактоген, хорионический гонадотропин) и стероидные (эстрогены, прогестерон) гормоны. Хорионический гонадотропин (ХГ) по биологическим и иммунологическим свойствам близок к ЛГ. Плацентарный лактоген (ПЛ) по ряду биологических свойств сходен с гормоном роста и пролактином гипофиза. Общий эффект гормональных изменений в поздние сроки беременности характеризуется инсулинорезистентностью.

Во время беременности начинает функционировать новая железа внутренней секреции – плацента. Возникают интенсивные обменные процессы между материнским организмом, плацентой и плодом. Плацента вырабатывает специфические белковые гормоны: хорионический гонадотропин (ХГ) и хорионический соматотропный гормон (ХСМГ), плацентарный лактоген.

Количественный иммунологический анализ ХГ в крови и моче имеют большое клиническое и диагностическое значение. На иммунологическом определении ХГ в моче основана диагностика беременности: положительные результаты получены с 18-21 дня после оплодотворения. Определение уровня ХГ в крови и моче помогает в диагностике некоторых осложнений беременности: угрожающий выкидыш, внематочная беременность, пузырный занос, хорионэпителиома.

**Эстрогены:** до 20 недель беременности образование эстрогенов зависит от активности трофобласта и яичников. С 20 недель синтез эстрогенов осуществляется плацентой при активном участии плода. Плод вырабатывает нейтральные стероиды, которые являются предшественником эстриола. Главным предшественником стероидов

является холестерин материнской крови, из которого в плаценте образуется прегнанолон, и около 20% его выделяется с мочой в качестве конечного продукта метаболизма – прегнандиола.

В организме плода прогестерон служит исходной частью для синтеза нейтральных стероидов в надпочечниках и печени плода. Эти нейтральные стероиды являются основными предшественниками для образования эстриола в плаценте, являющимся основным гормоном фетоплацентарной системы.

Биологическое действие эстрогенов (эстриол составляет 85% всех эстрогенов) во время беременности направлено на рост матки, способствует гиперплазии и гипертрофии мышечных волокон матки. Кроме того, эстрогены вызывают рост молочных желез, но ведущая роль эстриола - регуляция маточно-плацентарного кровообращения.

В течение беременности происходит значительное возрастание и выделение с мочой большого числа эстрогенов. Экскреция эстриола в конце беременности возрастает в 100 раз в сравнении с небеременной.

Уровень эстриола является важным показателем функционального состояния жизнеспособности плода. При выделении эстрогенов более чем 12 мг/сутки угрозы для плода не наблюдается. При концентрации эстриола ниже 4 мг/сутки возникает угроза жизни плода.

**Прогестерон.** В первые месяцы беременности образуется в желтом теле, затем на себя эту функцию берет плацента. Плацента выделяет во время беременности большое количество прогестерона. Этот стероид образуется в плаценте из материнского холестерина. Прогестерон в печени матери превращается в прегнандиол, который выделяется с почками. Прогестерон и прегнандиол являются предшественниками для образования большого числа стероидов, синтезирующихся в надпочечниках и печени плода и представляют первую ступень для синтеза эстриола в плаценте.

Физиологическая роль прогестерона во время беременности окончательно не выяснена. Прогестерон блокирует сокращения миометрия, способствует сохранению беременности. Вместе с белковыми препаратами прогестерон влияет на обмен веществ матери и плода. Концентрация прогестерона в крови круто нарастает по мере прогрессирования беременности, достигая уровня 26 мг/100 мл в 3-м триместре и резко снижается сразу после родов.

### **Влияние беременности на функцию желез внутренней секреции.**

Беременность, как новое физиологическое состояние организма, существенно влияет на функцию желез внутренней секреции. Во время беременности происходит увеличение концентрации кортикостероидов, циркулирующих в крови. К концу беременности происходит повышение содержания гидрокортизона в крови на 200-300% в сравнении с его уровнем у небеременных женщин. Однако, повышение кортикостероидов не вызывает выраженных клинических проявлений гиперкортицизма (явления акромегалии, стрии, гиперпигментация).

При беременности повышается секреция альдостерона, причем продукция его прогрессивно возрастает от 5 мг/сутки до 60-80 мг/сутки.

Во время беременности отмечается повышение уровня андрогенов в плазме, обусловленное увеличением биологически неактивных соединений, связанных с глобулином.

Известно о повышении функции щитовидной железы, особенно в ранние сроки беременности. Установлено, что уровень общего тироксина существенно возрастает во время беременности от 9,8 до 11,9 мг/100 мл, а содержание свободного тироксина снижается.

Таким образом, развитие плода и плаценты, представляющих собой новую и очень сложную гормональную систему, оказывает выраженные воздействия на эндокринные соотношения в материнском организме.

### **Обменные процессы в организме беременных.**

Обмен веществ во время беременности довольно интенсивен. Во второй половине беременности значительно повышаются ассимиляционные процессы.

**Белковый обмен.** Происходит накопление белковых веществ в организме женщины. Эти белки используются для роста матки и молочных желез, построения организма плода, часть откладывается в виде запаса, который используется после родов в связи с кормлением грудью.

**Углеводный обмен.** Углеводы являются энергетическим материалом при беременности. Они хорошо усваиваются. Концентрация сахара в крови обычно нормальная. Углеводы в виде гликогена откладываются в печени, мышцах тела, а также в плаценте и мускулатуре матки. Углеводы из организма матери через плаценту переходят к плоду (в виде глюкозы). При перегрузке организма углеводами у беременных иногда появляется сахар в моче – это объясняется повышением проницаемости почечного эпителия.

**Минеральный и водный обмен.** Во время беременности происходит задержка солей кальция в организме и их расходование на построение костной системы плода. Усиливается усвоение фосфора, который необходим для построения нервной и костной системы плода, а также для синтеза белков в организме матери. От матери к плоду переходит железо, являющееся основной частью гемоглобина. В период внутриутробной жизни плод накапливает железо в печени и селезенке. При недостаточном введении железа с пищей у беременных возникает анемия, а у плода нарушается развитие.

У беременных замедлено выведение с мочой и потом хлорида натрия. Накопление в тканях хлоридов способствует задержке воды в организме беременных, особенно во 2-й половине беременности. При нормально протекающей беременности большой задержки хлоридов и воды не бывает, и жидкость быстро выводится почками.

## ***2. Таз с акушерской точки зрения (размеры, плоскости, наклонение). Методика измерения таза.***

### ***Эталон ответа:***

Таз состоит из 4 костей: 2 тазовых, крестца и копчика. Тазовая кость состоит из лобковой, седалищной и позвздошной костей, соединенных между собой неподвижно. Различают 4 плоскости малого таза:

Плоскость входа - граница между большим и малым тазом.

Границами плоскости входа в малый таз являются верхневнутренний край лонной дуги, безымянные линии, вершина крестцового мыса. Плоскость входа имеет поперечно-овальную форму.

Размеры плоскости входа.

Прямой размер - наименьшее расстояние между серединой верхневнутреннего края лонной дуги и наиболее выдающейся точкой мыса крестца. Этот размер называется истинной конъюгатой (*conjugata vera*) и составляет 11 см. Анатомическая конъюгата, представляющая собой расстояние от середины верхнего края лонного сочленения до той же точки мыса, на 0,2-0,3 см длиннее истинной конъюгаты.

Поперечный размер - расстояние между наиболее отдаленными точками безымянных линий с обеих сторон - составляет 13,5 см. Пересечение поперечного размера и истинной конъюгаты расположено эксцентрично, ближе к мысу.

Косые размеры - правый и левый. Правый косой размер проходит от правого крестцово-подвздошного сочленения до левого подвздошно-лонного бугорка, левый

косой размер - от левого крестцово-подвздошного сочленения до правого подвздошно-лонного бугорка. Каждый из косых размеров равен 12 см.

Плоскость широкой части полости малого таза ограничена спереди серединой внутренней поверхности лонной дуги, с боков - серединой гладких пластинок, закрывающих вертлужные впадины, сзади - сочленением между II и III крестцовыми позвонками. Плоскость широкой части имеет форму круга.

Прямой размер широкой части полости малого таза представляет собой расстояние от середины внутренней поверхности лонной дуги до сочленения между II и III крестцовыми позвонками, он составляет 12,5 см.

Поперечный размер соединяет наиболее отдаленные точки вертлужных впадин противоположных сторон и также равен 12,5 см.

Плоскость узкой части полости малого таза проходит спереди через нижний край лонного сочленения, с боковых сторон - через седалищные ости, а сзади - через крестцово-копчиковое сочленение. Плоскость узкой части имеет продольно-овальную форму.

Различают следующие размеры плоскости узкой части малого таза.

Прямой размер - расстояние от нижнего края лонной дуги до крестцово-копчикового сочленения, равен 11,5 см.

Поперечный размер - расстояние между внутренними поверхностями седалищных остей, равен 10,5 см.

Плоскость выхода малого таза состоит из двух плоскостей, которые сходятся под углом по линии, соединяющей седалищные бугры. Эта плоскость проходит спереди через нижний край лонной дуги, с боковых сторон - через внутренние поверхности седалищных бугров, а сзади - через верхушку копчика.

Прямой размер плоскости выхода - расстояние от середины нижнего края лонного сочленения до верхушки копчика - равен 9,5 см. Вследствие подвижности копчика прямой размер выхода может увеличиваться в родах при прохождении головки плода на 1-2 см и достигать 11,5 см.

Поперечный размер плоскости выхода представляет собой расстояние между наиболее отдаленными друг от друга точками внутренних поверхностей седалищных бугров и равен 11 см.

Прямые размеры плоскостей малого таза сходятся в области лонного сочленения, а в области крестца расходятся. Линия, соединяющая середины прямых размеров плоскостей малого таза, называется проводной осью малого таза и представляет собой дугообразную линию, вогнутую спереди и выгнутую сзади. У женщины в положении стоя проводная ось таза во входе и в широкой части направлена косо кзади, в узкой части - вниз, в выходе таза - кпереди. Плод проходит по родовому каналу по проводной оси малого таза.

### ***3. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта. Клиника. Диагностика. Тактика врача. Лечение.***

Трубная беременность может быть нарушена по типу трубного аборта (отслойка плодного яйца) или по типу разрыва трубы.

**Клиническая картина обусловлена наличием:**

- Признаков беременности, включая задержку менструации
- Болей с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, внутреннюю поверхность бедра
- Кровянистых выделений из половых путей

Определение уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) в комбинации с трансвагинальным ультразвуковым исследованием органов малого таза позволяет в 98% случаев диагностировать ВБ с третьей недели гестации.

**Внематочная беременность может привести к развитию** геморрагического шока, постгеморрагической анемии, вплоть до летального исхода.

Для *трубного аборта* характерны схваткообразные боли внизу живота в виде периодически повторяющихся приступов, часто односторонних. Кровянистые выделения из половых путей скудные темно-кровянистые, обусловлены отторжением децидуальной оболочки.

В диагностике основную роль играют УЗИ органов малого таза (отсутствие плодного яйца в полости матки + свободная жидкость в дугласовом пространстве) и определение уровня хорионического гонадотропина в крови.

В случае прервавшейся ВБ – лечение оперативное.

Основные виды операции:

- Выдавливание плодного яйца – милкинг (при локализации в фимбриальном отделе)
- Сальпинготомия (при необходимости сохранения фертильности, стабильной гемодинамике, размере образования менее 5 см)
- Сальпингэктомия
- Предпочтителен лапароскопический доступ в брюшную полость.

Лапаротомия применяется при геморрагическом шоке II-III степени, а также при наличии противопоказаний к лапароскопии.

#### **4. Урогенитальный трихомониаз. Характеристика возбудителя. Клиника. Диагностика. Лечение.**

**Эталон ответа:**

Трихомониаз – инфекционное воспалительное заболевание, передаваемое половым путем, вызывается простейшим *Trichomonas vaginalis* Donnae, который относится к классу жгутиковых, является строго специфичным паразитом человека. Вне человеческого организма возбудитель быстро погибает при высушивании (за несколько секунд), нагревание свыше 40<sup>0</sup> губит трихомонаду.

Трихомониаз является одним из наиболее распространенных заболеваний мочеполового тракта. Ежегодно в мире заболевают трихомониазом 170 млн. человек. Частота заболевания среди женщин, ведущих активную половую жизнь нередко достигает 30-50%.

Первичное заражение происходит при половом контакте. У женщин местом обитания трихомонад является преимущественно влагалище, у мужчин – предстательная железа и семенные пузырьки. Мочепускающий канал может поражаться как у мужчин, так и у женщин. На слизистые оболочки мочеполового тракта простейшие попадают при контакте с больным трихомониазом или носителем трихомонад. Трихомонады фиксируются на клетках плоского эпителия слизистой оболочки, проникают в железы и лакуны. Попадая в мочеполовые органы, трихомонады могут вызвать развитие воспалительного процесса.

Трихомониаз часто возникает при игнорировании барьерных методов контрацепции и оральных контрацептивов. Эстрогены не имеют прямого влияния на трихомонады, но могут создавать в вагинальной среде условия, неблагоприятные для их размножения.

Инкубационный период колеблется от 2-5 до 30 и более дней.

Основными очагами поражения при урогенитальном трихомониазе является мочепускающий канал у мужчин, влагалище и уретра у женщин. В связи с многоочаговостью трихомонадной инфекции при постановке диагноза следует указывать локализацию поражения. При урогенитальном трихомониазе у женщин выделяют:

1. Трихомониаз нижнего отдела урогенитального тракта (вульвит, кольпит, вульвовагинит, бартолинит, эндоцервицит, уретрит и парауретрит).
2. Трихомониаз верхнего отдела урогенитального тракта (цервицит, сальпингит, цистит).

В зависимости от длительности заболевания и интенсивности реакции организма на внедрение возбудителя различают следующие формы трихомониаза: свежий (острый, подострый, торпидный); хронический (торпидное течение и давность заболевания свыше 2 мес. или не установлены); трихомонадоносительство (при наличии трихомонад отсутствуют объективные и субъективные симптомы заболевания).

Клиническая картина неосложненного урогенитального трихомониаза у женщин характеризуется воспалительными процессами во влагалище и влагалищной части шейки матки. Наиболее часто (80-90%) диагностируют острый трихомонадный кольпит. Клинические признаки не являются специфическими: зуд, пенные выделения (серозные, гнойные, серозно-гнойные) с неприятным запахом, гиперемия и легкая кровоточивость пораженных тканей.

Слизистая оболочка преддверия влагалища, влагалища и влагалищной части шейки матки гиперемизированы, отечны, легко кровоточат. У женщин инфекция типично протекает как острый воспалительный ответ вагинального эпителия. Менструальная кровь способствует увеличению вагинального pH до 6,0-6,2, что является идеальным для роста трихомонад. Поэтому после менструации часто происходит обострение воспалительного процесса. Трихомонады могут присутствовать не только во влагалище, но и в уретре и вызывать уретрит, сопровождающийся дизурией и выделениями. Трихомонады также могут обнаруживаться и в мочевом пузыре.

Значительная часть женщин, инфицированных *T. vaginalis*, может быть бессимптомными носителями. При хроническом трихомонадном вагините местные воспалительные изменения выражены незначительно.

У женщин в воспалительный процесс могут вовлекаться большие вульварные и парауретральные железы, шейка матки. Трихомонады обнаружены в полости матки, в сактосальпинксах, кистах яичников. Имеются сообщения о связи урогенитального трихомониаза с осложнениями беременности (преждевременные роды, ранний разрыв плодного пузыря и др.).

Диагностика трихомониаза основывается на выделении возбудителя в очаге поражения. Трихомонады можно обнаружить микроскопически, но этот способ обладает достаточно низкой чувствительностью. При клинических подозрениях и негативной микроскопии рекомендуется выделение культуры. Используются методы: световая микроскопия нативного или окрашенного препарата, культуральное исследование, люминесцентная, фазово-контрастная микроскопия, латекс-агглютинация, ПЦР-диагностика. Выявление специфических антитрихомонадных антител.

Современные методы лечения больных урогенитальным трихомониазом основаны на использовании протистоцидных средств общего и местного действия. Лечение следует осуществлять при обнаружении *T. vaginalis* независимо от наличия или отсутствия у обследуемых признаков воспалительного процесса.

При неосложненном урогенитальном трихомониазе применяется тинидазол (фазижин), метронидазол (флагил), орнидазол (тиберал) внутрь.

При осложненном урогенитальном трихомониазе следует назначать патогенетическую и местную терапию в виде различных влагалищных форм препаратов: макмирор-комплекс, метронидазол (флагил, трихопол), орнидазол (тиберал).

Критерий излеченности – отсутствие трихомонад во всех очагах половых органов при лабораторном исследовании в течение 3 менструальных циклов.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 2

1. Диагностика беременности и ее срока.
2. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
3. Миома матки. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы консервативного лечения.
4. Понятие о сексуально-трансмиссивных инфекциях. Роль в патологии репродуктивной системы. Пути профилактики.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 3

1. Таз с акушерской точки зрения. Плоскости. Полости. Размеры. Методика исследования таза.
2. Преэклампсия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
3. Миома матки. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
4. Вагинальный кандидоз. Возбудитель. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 4

1. Плод, как объект родов. Доношенность и зрелость плода. Признаки зрелости плода.
2. Преэклампсия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.
3. Современные методы контрацепции.
4. Внематочная беременность. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 5

1. Признаки беременности. Диагностика беременности и ее срока.
2. Эклампсия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Принципы В.В.Строганова, их историческое значение
3. Миома матки. Классификация. Принципы консервативного лечения.
4. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 6

1. Критические периоды развития плода. Влияние повреждающих факторов на плод.
2. Полное предлежание плаценты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
3. Кольпиты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Апоплексия яичника. Классификация. Клиника. Принципы лечения.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 7

1. Роды. Причины наступления родовой деятельности. Периоды родов, их продолжительность.
2. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения.
3. Трихомониаз нижнего отдела урогенитального тракта у женщин. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
4. Перекрут ножки опухоли яичника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 8

1. Клиническое течение нормальных родов. Ведение родов по периодам.
2. Полное предлежание плаценты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Ведение беременности и родов. Влияние на плод.
3. Воспалительные заболевания органов малого таза. Классификация. Диагностика. Лечение.
4. Внутриматочная контрацепция. Эффективность. Критерии приемлемости. Осложнения.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 9

1. Третий период родов. Признаки отделения плаценты. Ведение III периода.
2. Ведение беременности и родов при чисто-ягодичном предлежании плода. Пособие по Цовьянову во II периоде родов.
3. Послеродовый эндометрит. Диагностика. Лечение.
4. Кольпиты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 10

1. Механизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
2. Гипотоническое маточное кровотечение. Алгоритм оказания помощи.
3. Генитальный герпес. Этиология. Клиника, диагностика, лечение
4. Внематочная беременность. Классификация. Этиология. Диагностика. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 11

1. Плод, как объект родов. Размеры головки доношенного плода.
2. Ягодичное предлежание плода. Диагностика. Течение беременности и родов.
3. Эндометрит. Этиология, клиника, диагностика, терапия.
4. Прогрессирующая трубная беременность. Этиология. Диагностика. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 12

1. СанПиН 2020. Принципы организации работы акушерского стационара.
2. Ведение беременности и родов при чисто-ягодичном предлежании плода. Пособие по Цовьянову во II периоде родов.
3. Сексуально-трансмиссивные инфекции. Их роль в патологии человека.
4. Гормональная контрацепция. Классификация. Эффективность. Критерии приемлемости.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 13

1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
2. Предлежание плаценты. Этиология. Классификация. Диагностика. Принципы ведения. Профилактика.
3. Бесплодный брак. Алгоритм обследования бесплодной пары.
4. Урогенитальный хламидиоз. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Влияние на репродуктивную функцию женщины.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 14

1. Женская консультация. Задачи. Организация работы.
2. Послеродовые воспалительные заболевания. Этиология. Клиника. Лечение.
3. Бесплодный брак. Мужское и женское бесплодие. Принципы обследования и лечения.
4. Урогенитальный трихомониаз у женщин. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 15

1. Послеродовый эндометрит. Причины. Диагностика. Терапия. Тактика ведения родильницы. СанПиН 2020. Эпидемиологический надзор за ВБИ.
2. Предлежание плаценты. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика.
3. Показания к оперативному лечению миомы матки. Виды операций.
4. Восходящая гонококковая инфекция у женщин. Этиология. Диагностика. Клиника. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 16

1. Ранний послеродовый период. Особенности течения и ведения.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика родоразрешения.
3. Острые воспалительные заболевания придатков матки. Этиология, клиника, диагностика, терапия.
4. Понятие о вспомогательных репродуктивных технологиях. Метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 17

1. Плод как объект родов. Размеры головки доношенного плода.
2. Патология прикрепления плаценты. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика.
3. Гонококковая инфекция у женщин. Классификация. Особенности клинического течения. Диагностика. Терапия.
4. Некроз узла миомы матки. Диагностика. Клиника. Тактика ведения.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 18

1. Таз с акушерской точки зрения. Плоскости. Размеры.
2. Преэклампсия. Патогенез. Классификация. Принципы лечения.
3. Хламидийная инфекция у женщин. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
4. Трубно-перитонеальное бесплодие. Этиология. Диагностика. Принципы лечения.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 19

1. Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
2. Послеродовые кровотечения. Классификация. Этиология. Диагностика. Принципы лечения.
3. Апоплексия яичника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Трихомонадная инфекция у женщин. Клиника. Диагностика. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 20

1. Третий период родов. Признаки отделения плаценты.
2. Преэклампсия. Этиология. Патогенез. Классификация.
3. Методы контрацепции, их характеристика.
4. Внематочная беременность. Разрыв трубы. Клиника, диагностика, лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 21

1. Акушерская терминология (положение, предлежание, вид, позиция, членорасположение плода). Определение понятий.
2. Задержка частей плаценты. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Миома матки. Классификация, этиология, клиника, диагностика.
4. Гормональные методы контрацепции. Эффективность. Критерии приемлемости.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 22

1. Асептика и антисептика в акушерстве. Принципы организации работы акушерского стационара. СанПиН 2020.
2. Акушерские кровотечения во второй половине беременности. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения беременности.
3. Методы обследования гинекологических больных.
4. Апоплексия яичника. Этиология. Клиника. Диагностика. Терапия.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 23

1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.
2. Эклампсия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Принципы В.В.Строганова, их историческое значение.
3. Миома матки. Показания к хирургическому лечению.
4. Планирование семьи. Задачи службы.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 24

1. Плод как объект родов.
2. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Мероприятия по остановке кровотечения
3. Миома матки. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
4. Метроэндометрит. Этиология. Клиника. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 25

1. Течение и ведение I и II периодов родов.
2. Кровотечения в третьем периоде родов. Причины. Алгоритм оказания помощи.
3. Сальпингоофорит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Лапароскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 26

1. Диагностика ранних сроков беременности.
2. СанПиН 2020. Эпидемиологический надзор за ВБИ
3. Послеродовый эндометрит. Причины. Диагностика. Терапия. Тактика ведения родильницы.
4. Физиология менструальной функции. Овариальной менструальный цикл

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 27

1. Асептика и антисептика в акушерстве. Организация работы акушерского стационара. СанПин 2020.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины. Клиническая картина. Диагностика. Тактика родоразрешения.
3. Показания для хирургического лечения миомы матки.
4. Контрацепция. Принципы назначения комбинированных оральных контрацептивов.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Грузева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 28

1. Плод как объект родов. Доношенность и зрелость плода. Признаки зрелости плода.
2. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Тактика. Принципы лечения
3. Апоплексия яичника. Клиника. Диагностика. Принципы оказания помощи.
4. Методы обследования гинекологических больных.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 29

1. Роль ультразвукового исследования в акушерстве и гинекологии.
2. Ягодичное предлежание плода. Этиология. Классификация. Диагностика. Тактика родоразрешения.
3. Прерывание беременности по типу трубного аборта. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
4. Воспалительные заболевания наружных половых органов (вульвит, бартолинит). Этиология. Клиника. Методы лечения.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 30

1. Женская консультация. Принципы организации работы. Задачи.
2. Тазовое предлежание плода. Классификация. Причины. Диагностика. Механизм родов. Особенности течения и ведения родов. Пособие по Цовьянову. Классическое ручное классическое пособие при чисто-ягодичном предлежании.
3. Воспалительные заболевания органов малого таза неспецифической этиологии. Клиника. Принципы лечения.
4. Внутриматочная контрацепция. Эффективность. Критерии приемлемости.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 31

1. Современные проявления внутрибольничных инфекций в родильном доме. Этиология. Клинические формы в акушерстве и неонатологии. Пути профилактики. СанПиН 2020.
2. Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
3. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
4. Вульвовагинальный кандидоз. Этиология. Диагностика. Лечение.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 32

1. Таз с акушерской точки зрения: плоскости, размеры.
2. Третий период родов. Признаки отделения плаценты. Способы выделения последа.
3. Острый живот в гинекологии: перекрут ножки опухоли яичника. Клиника. Принципы лечения.
4. Контрацепция. Классификация методов контрацепции. Эффективность различных методов контрацепции.

Зав.кафедрой,  
профессор \_\_\_\_\_

Р.И.Габидуллина



