

№ Пед-21

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра акушерства и гинекологии №1

УТВЕРЖДЕНО

**протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от «23» мая 2023 г. № 5**

**Оценочные материалы
по производственной практике
«Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля».**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курсов

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «10» мая_2023 г. (протокол № 8)

Заведующий кафедрой _____
д.м.н., профессор  Л.В. Цаллагова

Владикавказ, 2023 г

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензия на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к экзамену
 - ситуационные задачи
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**на оценочные материалы
по производственной практике**

«Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля».

по дисциплине «Акушерство и гинекология»

для студентов IV курса

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Оценочные материалы составлены на кафедре Акушерства и гинекологии №1 на основании основной рабочей 28 августа 2020г. И типовой 12 августа 2020г. №965 программ учебной дисциплины по производственной практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» и соответствуют требованиям ФГОС 3++ основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной 24.05.2023 г.

Оценочные материалы включает в себя:

- банк ситуационных задач
- практические задания
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют программе производственной практики «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 1 вопрос и ситуационную задачу. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем, промежуточном, итоговом контроле. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по производственной практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» способствует качественной оценке уровня владения

обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по производственной практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у студентов 4 курса.

Рецензент:

*Председатель ЦУМК естественно – научных
и математических дисциплин с подкомиссией
экспертизы оценочных материалов,
доцент кафедры химии и физики*



Боцьева Н.И.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**на оценочные материалы
по производственной практике**

«Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля».

**по дисциплине «Акушерство и гинекология»
для студентов IV курса
по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре Акушерства и гинекологии №1 на основании основной рабочей 28 августа 2020г. И типовой 12 августа 2020г. №965 программ учебной дисциплины по производственной практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» и соответствуют требованиям ФГОС 3++ основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной 24.05.2023 г.

Оценочные материалы включает в себя:

- банк ситуационных задач
- практические задания
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют программе производственной практики «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 1 вопрос и ситуационную задачу. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем, промежуточном, итоговом контроле. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по производственной практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» способствует качественной оценке уровня владения

обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по производственной практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрическом факультете у студентов 4 курса.

Рецензент:

Зав. отделением патологии беременных
ГБУЗ «Род.дом №2» МЗ РСО-Алании, к.м.н.



М.А. Гасиева

Подпись Гасиевой М.А. заверяю, глав. врач ГБУЗ «роддома №2» МЗ РСО-Алании
Тогоева Ж.Р.



**Паспорт оценочных материалов
по производственной практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического
профиля».**

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
экзамен	Медицинская этика и деонтология	ОПК-4	Тест, экзаменационные билеты
экзамен	Физиология родов. Диагностика акушерско-гинекологической патологии	ПК-12	Тест, экзаменационные билеты

Вопросы к экзамену

1. Проба Вастена
2. Проба Цангейместера
3. Проба Мак-Клюра-Олдрича
4. Проба с сульфасалициловой кислотой
5. Определение патологической прибавки веса
6. Определение асимметрии АД
7. Реанимационные мероприятия при преэклампсии
8. Реанимационные мероприятия при эклампсии
9. Операция наложения типичных акушерских щипцов
10. Операция наложения атипичных акушерских щипцов
11. Техника операции ретровезикального кесарева сечения
12. Диагностика разрывов шейки матки
13. Правила зашивания разрыва шейки матки
14. Правила проведения эпизиостомии
15. Определение симптома «ниши»
16. Техника декапитации
17. Техника краниотомии
18. Взятие мазка на флору
19. Биопсия эндометрия
20. Мазок на цитологию
21. Расширенная кольпоскопия
22. Техника биопсии шейки матки
23. Гормональные пробы
24. Пункция через задний свод влагалища
25. Раздельное выскабливание полости матки
26. Функциональные тесты
27. Техника искусственного аборта
28. Техника гистеросальпингографии
29. УЗИ в гинекологии
30. Предоперационная подготовка гинекологических больных
31. Техника консервативной миомэктомии
32. Техника радикальных операций при миоме матки

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра Акушерства и гинекологии № 1

Факультет Педиатрический **Курс** 4

Производственная практика «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля».

Банк к ситуационным задачам

Ситуационная задача №1.

Первородящая 25 лет, поступила в родильное отделение с регулярными схватками. Из анамнеза: вне беременности отмечает периодические подъемы АД до 140/90 мм.рт.ст. В течение двух недель отеки нижних конечностей. Родовая деятельность началась 6 часов тому назад, появилась головная боль. АД – 170/100 – 160/90 мм.рт.ст. Беременность доношенная. Положение плода продольное. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в минуту, слева ниже пупка. Схватки через 5-6 минут по 35-40 секунд, регулярные. Воды не изливались. 10 минут назад возникли резкие боли внизу живота, матка стала асимметричной, болезненной при пальпации, вне схватки не расслабляется. В области правого угла матки определяется выпячивание, из половых органов появились кровянистые выделения. Сердцебиение плода стало приглушенным, 160 в минуту.

Вопросы:

1. Имеется ли какая-либо экстагенитальная патология?
2. Назовите осложнения данной беременности и текущих родов.
3. Оцените состояние плода.
4. Диагноз.
5. Что делать

Ситуационная задача №2.

Повторнобеременная 30 лет, поступила в родильное отделение со схватками средней силы по 40-45 секунд через 2-3 минуты. Воды не отходили. Настоящая беременность третья, роды вторые. Первые роды были пять лет назад, протекали без осложнений. Вторая беременность закончилась искусственным абортom в связи с ревматическим митральным пороком сердца. В конце настоящей беременности появилась одышка и сердцебиение, лечилась амбулаторно.

При осмотре: кожные покровы бледные, одышка. Пульс –100 в минуту. АД – 100/60 мм.рт.ст. Появились потуги. Головка в полости малого таза. Воды излились при осмотре, светлые. Размеры таза: 25-28-30-20.

При влагалищном исследовании найдено: открытие зева полное, головка в полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди, седалищные ости не достигаются. Задняя поверхность лонного сочленения занята головкой.

Вопросы:

1. Какой период родов?
2. В какой части малого таза находится головка?
3. Оцените состояние роженицы.

4. В чем опасность для матери?
5. Акушерская тактика?

Ситуационная задача №3.

Повторнородящая доставлена скорой помощью с сильным кровотечением. Беременность четвертая, две первые закончились искусственными выкидышами. Третья закончилась срочными родами живым ребенком, в родах ручное отделение плаценты. Отмечает повышенную кровоточивость при порезах, длительные menses. Беременность 39 недель, последние два месяца были небольшие кровотечения. Два часа назад появилась родовая деятельность, схватки через 3-5 минут по 30-40 секунд. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс –88 в минуту. АД – 110/65 мм.рт.ст. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода – 136 в минуту. Обильные кровянистые выделения. Воды не изливались.

Влагалищное исследование: шейка несколько укорочена, цервикальный канал проходим для 2-2,5 пальцев, под пальцем повсюду определяется мягковатая ткань. После исследования кровотечение значительно усилилось.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Непосредственная причина возникновения кровотечения?
3. Имеется ли какая-либо патология кровяной системы?
4. Что делать?
5. Можно ли диагностировать данную патологию до родов?
6. Оценить тактику врача женской консультации.

Ситуационная задача №4.

Больная 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет, общее недомогание. Менструации с 17 лет, нерегулярные, с задержками до 20-25 дней, скудные. Половая жизнь с 20 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократное воспаление легких, экссудативный плеврит. При осмотре: больная правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, обращает на себя выраженность надключичных ямок, температура тела 37С, пульс 78 в 1 мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании: матка уменьшена в размере, ограниченно подвижная, болезненная; с обеих сторон от матки определяются образования плотной консистенции неправильной формы размерами 5\6 и 7\5 см, чувствительные при пальпации; своды глубокие, свободные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Имеется ли у пациентки какое-либо экстрагенитальное заболевание.
4. Укажите возможные причины нарушения репродуктивной функции у данной больной?

Ситуационная задача №5.

Беременная 25 лет поступила в акушерскую клинику с жалобами на усиленное сердцебиение, одышку, отеки нижних конечностей, кровохарканье, плохой сон. Беременность первая, сроком 38 недель.

В анамнезе суставной ревматизм. Температура 37,3, рост 154 см, вес 62 кг. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Пульс 100 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 95/55 мм.рт.ст. Сердечный толчок разлитой, границы сердца диффузно увеличены. На верхушке прослушивается систолический, пресистолический шумы и хлопающий первый тон. Выраженный акцент второго тона на легочной артерии. Застойные явления в легких. Печень выходит из подреберного края на 2 см. В моче белка следы. Гемоглобин 60%. РОЭ 35 мм/час. Размеры таза нормальные.

Положение плода продольное, первая позиция. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 138 уд. в минуту, ритмичное. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовая деятельность отсутствует. Дно матки на середине между мечевидным отростком и пупком.

При внутреннем исследовании шейка сохранена, зев закрыт.

Вопросы:

1. Определить характер патологии.
2. Выставить клинический диагноз.
3. Нуждается ли беременная в медикаментозном лечении. Если да, то привести схему терапии.
4. Определить тактику ведения беременной.
5. Указать сроки и наиболее оптимальные методы родоразрешения.

Ситуационная задача №6.

В родильный дом доставлена роженица, срок беременности 38-39 недель, с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 ч. тому назад. В анамнезе 2 года назад черепно-мозговая травма, сопровождавшаяся клиникой сотрясения мозга, по поводу которого лечилась в неврологическом отделении, но на учете у невропатолога не состоит.

Наблюдалась в женской консультации, которую посещала не регулярно. Невропатологом за время беременности не консультирована. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области и пелену перед глазами. Пастозность лица, нижние конечности отечны. Температура 37С. Пульс –84 в минуту, ритмичный, напряженный. АД-185/110 мм.рт.ст. Вскоре после поступления начались потуги. Таз: 24-27-30-18,5. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза, сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 в минуту, ритмичное, потуги по 30-35 секунд, через 3-4 минуты.

При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок, сопровождавшийся судорогами и потерей сознания.

Данные влагалищного исследования: открытие зева полное, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

Вопросы:

1. Диагноз при поступлении?
2. Можно ли было избежать припадка?
3. Оцените таз роженицы.
4. Есть ли условия для родоразрешения?
5. Метод родоразрешения?
6. Ошибки в ведении берем

Ситуационная задача №7.

Поступила на роды женщина 35 лет, повторнобеременная. Первая беременность закончилась абортom на 3-м месяце беременности. Вторые роды были длительными, 36 часов.

Плод весом 2500 г умер на второй день после рождения. Настоящая беременность третья, наступила после 3-х лет вторичного бесплодия. В детстве перенесла рахит. В анамнезе менархе в 16 лет, установились не сразу. Была в консультации 8 раз. Размеры таза: 25-26-30-17.

Схватки короткие, по 20-25 секунд через 6-8 минут. Воды отошли 26 часов тому назад, дома. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, 80 в минуту, временами не прослушивается. Моча спущена катетером, содержит примесь крови.

При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, края ее отечны. Головка плода прижата ко входу в малый таз. На головке большая родовая опухоль. Мыс не достигается. Диагональная конъюгата- 10,5 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какова форма, степень и причина сужения таза?
3. В чем опасность безводного промежутка, равного 26 часам?
4. О чем свидетельствует положительный признак Вастена?
5. Оцените состояние плода.
6. Ошибки, допущенные при ведении беременности и родов.
7. Что делать?

Ситуационная задача №8.

Больная, 46 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на затянувшиеся кровянистые выделения из половых путей, слабость, частое мочеиспускание, головокружение.

В анамнезе: 2 беременности; роды - 1, искусственный аборт - 1. Перенесла эндометрит после родов, хронический сальпингоофорит. В течение последних 3 лет отмечает повышение АД до 150/100 мм.рт.ст. по поводу чего состоит на учете у терапевта по месту жительства.

АД - 140\90 мм. рт. ст., PS - 78 в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения.

Кожа и видимые слизистые бледные. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный в \отделах определяется плотное, подвижное образование на 2 см выше лона. Мочеиспускание частое, с-м Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Больная отмечает запоры по 4-5 дней. Кровянистые выделения.

Вагинальное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах, имеется выворот слизистой цервикального канала. Матка увеличена до 14 нед. беременности со множеством миоматозных узлов, из передней стенки матки исходит узел до 8 см в диаметре, болезненный. Придатки не определяются. Выделения слизистые, умеренные.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Какие дополнительные исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
3. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов?
4. Указать наиболее приемлемую в данном случае терапию.

Ситуационная задача №9.

Больная М., 15 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей и общую слабость.

Из анамнеза: росла и развивалась слабым ребенком, перенесла почти все детские инфекции. В 8 - 12 летнем возрасте неоднократно болела фолликулярными ангинами. Часто бывают простудные заболевания, освобождена от физкультуры. Матерью обращено внимание на повышенную кровоточивость ранок при порезе или ушибе, не потоянно.

Менструации первый раз наступили в 14 лет и продолжались 6 дней, затем их не было 7 месяцев перед заболеванием были еще две аналогичные менструации. Последние менструации начались 10 дней назад и приняли характер кровотечения АД - 110\65 мм.рт.ст., PS - 92 уд. в 1 мин., ритмичный., температура - 36,2 С. Со стороны внутренних органов патологии нет. При осмотре наружных половых органов установлено оволосение по женскому типу, развитие соответствует возрасту, клитор не инфильтрирован. Девственная плева цела, из ее отверстия выделяется темная кровь со сгустками.

При ректоабдоминальном исследовании сфинктер прямой кишки плотно охватывает исследующий палец, в просвете кишки небольшое количество каловых масс. Шейка матки цилиндрическая длинная. Длина ш\матки приближается к длине тела матки. Матка в правильном положении, обычной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненная. Своды выражены, параметров без инфильтратов. Анализ крови: Hb - 95 г\л, L - 8200; в моче белка нет, тромб.-250 тыс., время сверт. по Сухареву-3 мин., протромб. индекс - 86%, фибриноген-3,1

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Наличие каких симптомов субъективного или объективного статуса, способствующих правильной диагностике, необходимо уточнить?
3. Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. С какими экстрагенитальными заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов?
6. Лечение заболевания, наиболее вероятного с вашей точки зрения.

Ситуационная задача №10.

Больная Л, 25 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, головную боль, плаксивость, головокружение, тошноту, иногда рвоту, боли в области сердца, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез, снижение памяти, метеоризм. Все эти симптомы появляются за 8-10 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни ее.

В анамнезе: в возрасте 18 лет перенесла болезнь Боткина, в 24 летнем возрасте была травма черепа и сотрясение головного мозга. Наследственность неотягощена. Было 3 беременности, из них: 1 роды, 2 самопроизвольных выкидыша в сроки 9-10 недель с последующим выскабливанием полости матки. Из гинекологических болезней перенесла воспаление придатков, по поводу чего лечилась в стационаре.

Считает, что больна в течении 3-х лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. Выраженность их в последние 6 месяцев возросла. Больная в эти дни нетрудоспособна.

АД - 130\90 мм.рт.ст. , PS -74уд в 1 мин., хорошего наполнения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке - по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалищные глубокие.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Наличие или отсутствие каких симптомов субъективного или объективного статуса необходимо уточнить?

3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. Специалистов какого профиля необходимо привлечь в качестве консультантов?
5. Лечение заболевания, наиболее вероятное с вашей точки зрения.

Ситуационная задача №11.

Роженица 25 лет. Роды третьи. Первые роды без осложнений, вес ребенка – 2500 г. Ребенок умер спустя полгода. При вторых родах по поводу поперечного положения плода был произведен поворот и извечен мертвый плод весом 3000 г. Страдает хроническим пиелонефритом. В сроке 28 недель лежала в нефрологическом отделении по поводу обострения пиелонефрита. В посеве мочи стафилококк 10. Схватки начались 8 часов тому назад, воды отошли 4 часа назад.

При поступлении температура тела – 36,7С, пульс –92 в минуту. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. С-м поколачивания поясницы отрицательный. Схватки через 4-5 минут по 30-40 секунд средней силы. Рост роженицы – 148 см. Размеры таза: 23-25-29-18, диагональная конъюгата – 11 см.. Окружность живота –110 см., ВДМ – 37 см. Положение плода продольное, 2-я позиция. Сердцебиение плода –140 в минуту. Признак Вастена положительный. Головка прижата ко входу в малый таз. При влажном исследовании: открытие зева полное, сагитальный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди. Выражена конфигурация костей черепа.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какой период родов?
3. Какова форма таза? Степень сужения?
4. Возможны ли самопроизвольные роды?
5. Что делать?
6. Какие осложнения могут иметь место в послеоперационном периоде?
7. В чем особенности медикаментозной терапии?

Ситуационная задача №12.

Родильница, 25 лет, поступила в стационар с сильными болями внизу живота, повышением температуры до 38С и ознобом на 9-й день послеродового периода.

Было 2-срочных родов и 2 искусственных аборта.

Беременность без осложнений. В III периоде родов ручное отделение и выделение последа в связи с начавшимся кровотечением. Послеродовый период протекал без осложнений, выписана на 8 день.

На следующий день после выписки из родильного дома у женщины внезапно появилось чувство недомогания, разбитости, возникли боли внизу живота, пояснице, было познабливание, температура > 37,8 С. Из половых путей усилились темнокрасные выделения.

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа лица гиперемирована. Молочные железы мягкие, ребенка кормит температура - 38,4 С, PS- 110 уд в 1 мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. АД - 110\70 мм.рт.ст. Легкие и сердце без особенностей. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина отрицательный. На 3п\п выше лона пальпируется дно матки, болезненна. Дизурических расстройств нет. Стул был. Влажное исследование. Наружные половые органы и влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Из наружного зева выделяется темная кровь в

незначительном количестве. Матка увеличена соответственно 12-13 недельной беременности, с неровной бугристостью болезненна при пальпации, особенно в области правого тубного угла. Придатки без особенностей. Своды без инфильтратов.

Анализ крови: Hb -115 г\л, L -153000.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов?
5. Какова терапия?

Ситуационная задача №13.

Больная, 32-х лет, доставлена в стационар в связи с резкими болями внизу живота, ознобы, высокой температурой до 39 С. Из анамнеза: последние менструации начались 7 дней назад в срок, продолжаются в виде мазни. Было 3 беременности. Роды-1, аборт-2, второй аборт с осложнениями 2 месяца назад. Заболела внезапно; вчера вечером, появились боли внизу живота, больше справа, иррадиирующие в правую ногу и сопровождающиеся усилением кровянистых выделений из половых путей, был озноб, тошнота, рвота, температура повышалась до 39 С, однократно жидкий стул. Утром состояние больной ухудшилось и она была доставлена в стационар.

Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа лица гиперемирована, язык суховат, обложен белым налетом. Зев не гиперемирован. PS - 110 уд. в 1 мин., удовлетворительных свойств, АД - 110\80 мм.рт.ст. Со стороны сердца и легких отклонений не обнаружено.

Живот участвует в акте дыхания, при пальпации обнаруживается выраженная болезненность в н\отд. Живота, больше справа.

Симптом Щеткина в н\отделах - положителен имеется небольшая ригидность мышц передней брюшной стенки в области наиболее выраженной болезненности. С-м поколачивания поясницы отрицательный. Стул был накануне утром - жидкий.

Влагалищное исследование произведено под закисно кислородным наркозом (из-за резкой болезненности при пальпации передней брюшной стенки). Наружные половые органы развиты правильно, ш\матки гипертрофирована, имеется эктропион. Из наружного зева выделяется темная кровь в небольшом количестве. Матка отклонена влево, подвижна, N - консистенции.

Справа и сзади от нее пальпируется образование, с плотной капсулой размерами 10 на 12 см. Левые придатки увеличены, мягковатой консистенции. Задний свод не выбухает.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Какие дополнительные исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
3. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов.
4. Диагноз. Врачебная тактика.

Ситуационная задача №14

Больная А., 24 года, поступила с болями в правой паховой области, тошноту, головокружение и мажущиеся кровянистые выделения из половых путей. Было 2 беременности: Роды - 1, аборт - 1, после аборта воспаление придатков матки. В течении 3-х лет от беременности не

предохраняется. В последний месяц была задержка менструаций, больная считала себя беременной.

Накануне вечером появились скудные кровянистые выделения, появились боли в правой паховой области, тошнота, позывы на дефекацию, затем рвота, головокружение. Состояние удовлетворительное, температура - 37, 2 С, PS- 74 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы видимые слизистые нормальной окраски. А\Д - 110\70 мм. рт. ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких изменений нет. Передняя брюшная стенка в акте дыхания участвует. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненность. Изменений перкуторного звука нет.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы. При осмотре с помощью зеркал выявляется легкий цианоз слизистой влагалищной части ш\матки. Из наружного зева отмечаются темно кровянистые выделения. Матка в anteflex., слегка увеличена, грушевидной формы, несколько размягчена, подвижна, болезненна при смещении кпереди. Левые придатки не увеличены, область их безболезненна. Справа и кзади от матки пальпируется тестоватой консистенции увеличенные и болезненные придатки матки. При пальпации заднего свода влагалища отмечается умеренная болезненность.

Вопросы:

1. Каков диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
2. Наличие или отсутствие каких симптомов субъективного или объективного статуса способствующих правильной диагностике следует уточнить?
3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. Специалистов какого профиля вы считаете нужным пригласить в качестве консультантов?
5. Лечение заболевания, наиболее вероятного с вашей точки зрения.

Ситуационная задача №14

Больная А., 24 года, поступила с болями в правой паховой области, тошноту, головокружение и мажущиеся кровянистые выделения из половых путей. Было 2 беременности: Роды - 1, аборт - 1, после аборта воспаление придатков матки. В течении 3-х лет от беременности не предохраняется. В последний месяц была задержка менструаций, больная считала себя беременной.

Накануне вечером появились скудные кровянистые выделения, появились боли в правой паховой области, тошнота, позывы на дефекацию, затем рвота, головокружение. Состояние удовлетворительное, температура - 37, 2 С, PS- 74 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы видимые слизистые нормальной окраски. А\Д - 110\70 мм. рт. ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких изменений нет. Передняя брюшная стенка в акте дыхания участвует. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненность. Изменений перкуторного звука нет.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы. При осмотре с помощью зеркал выявляется легкий цианоз слизистой влагалищной части ш\матки. Из наружного зева отмечаются темно кровянистые выделения. Матка в anteflex., слегка увеличена, грушевидной формы, несколько размягчена, подвижна, болезненна при смещении кпереди. Левые придатки не увеличены, область их безболезненна. Справа и кзади от матки пальпируется тестоватой консистенции увеличенные и болезненные придатки матки. При пальпации заднего свода влагалища отмечается умеренная болезненность.

Вопросы:

- б. Каков диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

7. Наличие или отсутствие каких симптомов субъективного или объективного статуса способствующих правильной диагностике следует уточнить?
8. Какие дополнительные исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
9. Специалистов какого профиля вы считаете нужным пригласить в качестве консультантов?
10. Лечение заболевания, наиболее вероятного с вашей точки зрения.

Ситуационная задача №15

Больная М., 15 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей и общую слабость.

Из анамнеза: росла и развивалась слабым ребенком, перенесла почти все детские инфекции. В 8 - 12 летнем возрасте неоднократно болела фолликулярными ангинами. Часто бывают простудные заболевания, освобождена от физкультуры.

Менструации первый раз наступили в 14 лет и продолжались 6 дней, затем их не было 7 месяцев перед заболеванием были еще две аналогичные менструации. Последние менструации начались 10 дней назад и приняли характер кровотечения АД - 110\65 мм.рт.ст., PS - 92 уд. в 1 мин., ритмичный., температура - 36,2 С. Со стороны внутренних органов патологии нет. При осмотре наружных половых органов установлено оволосение по женскому типу, развитие соответствует возрасту, клитор не инфильтрирован. Девственная плева цела, из ее отверстия выделяется темная кровь со сгустками.

При ректоабдоминальном исследовании сфинктер прямой кишки плотно охватывает исследующий палец, в просвете кишки небольшое количество каловых масс. Шейка матки цилиндрическая длинная. Длина ш\матки приближается к длине тела матки. Матка в правильном положении, обычной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненная. Своды выражены, параметров без инфильтратов.

Анализ крови: Hb - 95 г\л, L - 8200; в моче белка нет.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Наличие или отсутствие каких симптомов субъективного или объективного статуса, способствующих правильной диагностике, необходимо уточнить?
3. Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов?
5. Лечение заболевания, наиболее вероятного с вашей точки зрения.

Ситуационная задача №16

Больная 48 лет, поступила с жалобами на кровотечение из половых путей.

Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28-30 дней, безболезненные, умеренные. После начала половой жизни, родов, аборт характер менструального цикла существенно не изменился.

В течении последних 2-х лет отмечается нарушение менструального цикла: менструации стали приходиться с опозданиями на 5-7 дней, более продолжительными, обильными. Дважды было ациклическое маточное кровотечение. До нарушения менструального цикла чувствовала себя хорошо. Гинекологических заболеваний не было. Нарушения менструальной функции совпали с ухудшением общего состояния (слабость, повышенная утомляемость, приливы по 4-5 раз в день, нарушения сна, временами повышение АД до 170\100 мм. рт. ст, потеря массы тела на 12 кг за

2 года). После 2-го кровотечения в 1977г. было проведено диагностическое выскабливание матки с патологическим заключением- полипы эндометрия. Лечение не было назначено.

Масса тела 78 кг, рост 168 см, температура - 36,8 С, удовлетворительного питания. Зев не гиперемирован. АД - 160\80 мм. рт. ст., PS - 82 уд. в 1 мин.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Ш\матки цилиндрической формы, со следами разрывов после родов. Во влагалище сгустки крови. В зеркалах на шейке матки патологических изменений не обнаружено. Матка увеличена соответственно размерам 6-7 нед. Беременности, округлой формы, плотной консистенции, в правильном положении, подвижна, с гладкой поверхностью, безболезненная при пальпации и перемещении. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Своды влагалища без инфилтратов.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Наличие или отсутствие каких симптомов субъективного или объективного статуса, способствующих правильной диагностике, необходимо уточнить?
3. Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов?
5. Лечение заболевания, наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача №17

Больная, 34 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота и пояснице.

У женщины в анамнезе 3 беременности, из них 1 роды, 2 искусственных аборта, без осложнений. При последнем аборте обнаружена эрозия шейки матки (произведена диатермокоагуляция). Бели не беспокоят. В течении последнего года отмечает изменения менструального цикла, проявившееся в удлинении и усилении менструального цикла, менструации сопровождались болями, которые возникали за 2-3 дня до месячных. Иногда принимала аналгин.

Последний месячные начались с сильными болями. АД - 110\70, PS -90уд в 1 мин, ритмичный. Легкие и сердце без патологии. Язык чистый. Живот мягкий, слегка чувствительный в нижних отделах, принимает участие в акте дыхания, перитониальные симптомы отсутствуют. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы без особенностей, влагалище рожавшей женщины. Из половых путей выделяется темная кровь. При осмотре шейки матки с помощью зеркал на ее задней губе обнаружено несколько точек темно-красного цвета, из которых выделяется темная кровь, а из наружного маточного зева темная кровь с примесью слизи. Матка слегка увеличена, в правильном положении, округлая, плотная, с гладкой поверхностью, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь.
2. Наличие или отсутствие каких симптомов субъективного или объективного статуса, способствующих правильной диагностике, необходимо уточнить.
3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов.
5. Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения.

Ситуационная задача №18

Больная С. 40 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на затянувшиеся кровянистые выделения из половых путей, частое мочеиспускание, общую слабость, головокружение.

В анамнезе: 3 беременности; роды-1, самопроизвольный выкидыш-1, искусственный аборт – 1. Перенесла эндометрит после родов, хронический сальпингоофорит.

Соматический анамнез: состоит на учете у участкового терапевта по поводу гипертонической болезни. За последний месяц стала отмечать за грудиной боли с иррадиацией в левую руку, усиливающиеся при физической нагрузке. В анамнезе - оперирована по поводу гангренозного аппендицита.

На момент осмотра: кожные покровы, видимые слизистые бледные.

АД-150/100 мм.рт.ст; PS-72 уд. в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, акцент второго тона на аорте. В легких везикулярное дыхание.

При пальпации: живот мягкий, безболезненный, в нижних отделах определяется плотное, подвижное образование на 2 см выше лона.

В правой подвздошной области послеоперационный рубец спаянный с подлежащими тканями.

Мочеиспускание частое, с-м поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Отмечает частые запоры.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей, бледно-розового цвета. Шейка матки не эрозированна, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка увеличена до 15 недель беременности, по передней поверхности определяется узел до 8 см в диаметре, без болезненный при пальпации. Область придатков безболезненная. Выделения из половых путей кровянистые умеренные.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Специалистов какого профиля надо привлечь в качестве консультантов?
4. Лечение заболевания.

Ситуационная задача №19

Больная, 46 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на затянувшиеся кровянистые выделения из половых, слабость, частое мочеиспускание, головокружение.

В анамнезе: 2 беременности; роды - 1, искусственный аборт - 1. Состоит на учете у кардиолога по поводу суставного ревматизма. Последнее обострение полгода назад, стационарное лечение.

Перенесла эндометрит после родов, хронический сальпингоофорит.

АД - 120\60 мм. рт. ст., PS - 58 в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения.

Кожа и видимые слизистые бледные. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный в н\отделах определяется плотное, подвижное образование на 2 см выше лона. Мочеиспускание частое, с-м Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Больная отмечает запоры по 4-5 дней. Кровянистые выделения.

Вагинальное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах, имеется выворот слизистой цервикального канала. Матка увеличена до 14 нед. Беременности со множеством миоматозных узлов, из передней стенки матки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки не определяются. Выделения слизистые, умеренные.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Наличие или отсутствие каких симптомов субъективного или объективного статуса способствующих правильной диагностике, необходимо уточнить?
3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
4. Специалистов какого профиля вы считаете необходимым привлечь в качестве консультантов?
5. Лечение заболевания, с вашей точки зрения, наиболее вероятного?

Ситуационная задача №20

Больная 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5 С. Менструальная функция не нарушена. 12-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. Страдает гипертонической болезнью, состоит на учете у терапевта. В течений последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37, 5 С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 120 в мин, АД 160\100 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина- Блюмберга резко положительный. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный конгломерат, общими размерами 12-14-18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гнойные.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?
3. Каковы основные направления этиотропной и патогенетической терапии в послеоперационном периоде?

Ситуационная задача №21

Больная 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет, общее недомогание. Менструации с 17 лет, нерегулярные, с задержками до 20-25 дней, скудные. Половая жизнь с 20 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократно воспаление легких, экссудативный плеврит. При осмотре: больная правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, обращает на себя выраженность надключичных ямок, температура тела 37С, пульс 78 в 1 мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании: матка уменьшена в размере, ограниченно подвижная, болезненная; с обеих сторон от матки определяются образования плотной консистенции неправильной формы размерами 5\6 и 7\5 см, чувствительные при пальпации; своды глубокие, свободные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Имеется ли у пациентки какое-либо экстрагенитальное заболевание.
4. Укажите возможные причины нарушения репродуктивной функции у данной больной?

Ситуационная задача №22

Больная 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,5 С, диарею до 3 раз в сутки. Менструальная функция не нарушена,

половая жизнь нерегулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один мед. аборт без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: общее состояние средней тяжести, пульс 110-120 в 1 мин, АД 125/70 мм.рт.ст., язык сухой, обложен белым налетом; живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервицита; тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки; задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

Вопросы:

1. При каких заболеваниях возможна описанная выше клиническая картина?
2. Какие особенности анамнеза и клинической картины заболевания указывают на наличие гинекологической патологии?
3. Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

Ситуационная задача №23.

Повторнобеременная 39 лет. Поступила по поводу острых болей в животе и незначительных кровянистых выделений из влагалища, возникших час тому назад. Беременность пятая. Предшествующие четверо родов протекали без осложнений. Последние роды были 5 лет назад, сопровождалась явлениями гестоза, стационарно не лечилась. В послеродовом периоде стала отмечать частые головные боли, которые последнее время стали постоянными. Участковый терапевт и невропатолог при обращении обращали внимание на наличие вегето-сосудистой дистонии по гипертоническому типу. Исходное АД 125/80 мм.рт.ст. В последние две недели настоящей беременности были отеки на ногах. АД- 170/100 мм.рт.ст., определялся белок в моче.

Данные исследования: температура-36С. Пульс –100 в минуту. Матка неправильной формы, при ощупывании напряжена, болезненна, полностью не расслабляется. Положение плода из-за напряжения матки определить не удастся. Сердечные тоны плода не выслушиваются, из влагалища – кровянистые выделения. Зев матки закрыт, через свод определяется головка. Больная бледная, беспокойная, мечется. Жалуется на головную боль, временами впадает в обморочное состояние.

Вопросы:

- 1.Какое осложнение беременности возникло?
- 2.Причины осложнения?
- 3.Состояние плода?
- 4.Диагноз? Что делать?
- 5.Какой должна была быть тактика врача женской консультации?

Ситуационная задача №24.

В родильный дом доставлена роженица, срок беременности 38-39 недель, с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 ч. тому назад. В анамнезе 2 года назад черепно-мозговая травма, сопровождавшаяся клиникой сотрясения мозга, по поводу которого лечилась в неврологическом отделении, но на учете у невропатолога не состоит.

Наблюдалась в женской консультации, которую посещала не регулярно. Невропатологом за время беременности не консультирована. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области и пелену перед глазами. Пастозность лица, нижние конечности отечны. Температура 37С. Пульс –84 в минуту, ритмичный, напряженный. АД-185/110 мм.рт.ст. Вскоре после поступления начались потуги. Таз: 24-27-30-18,5. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза, сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 в минуту, ритмичное, потуги по 30-35 секунд, через 3-4 минуты.

При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок, сопровождавшийся судорогами и потерей сознания.

Данные влагалищного исследования: открытие зева полное, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

Вопросы:

1. Диагноз при поступлении?
2. Можно ли было избежать припадка?
3. Оцените таз роженицы.
4. Есть ли условия для родоразрешения?
5. Метод родоразрешения?
6. Ошибки в ведении беременной?

Ситуационная задача №25.

Первородящая, 24 лет. В течение нескольких дней – головная боль, плохое самочувствие. До этого во время беременности чувствовала себя здоровой.

В анамнезе: два года назад перенесла пиелонефрит, находилась на стационарном лечении в нефрологическом отделении.

Осмотр: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи – большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм.рт.ст.

Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, сердцебиение плода слева выше пупка, 140 в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20 см.

Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, прощупывается слева и спереди левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При производстве влагалищного исследования возник припадок судорог, продолжающийся 3-4 мин., с потерей сознания.

Вопросы:

1. Оцените состояние роженицы при поступлении.
2. Какой период родов?
3. Причина, спровоцировавшая припадок?
4. Диагноз?
5. Что делать?
6. Какие ошибки допущены во время беременности и родов.

Ситуационная задача №26.

Больная Д. 29 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота и общую слабость.

В анамнезе мочекаменная болезнь, хронический гастрит, частые ангины, ОРЗ.

Менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, по 3-5 дней, через 30 дней, умеренные, болезненные в первый день. Последняя менструация 26/04. Замужем с 21 года, брак первый. Было 4 беременности: 1-роды; 3-мед. Аборта, последний аборт осложнился воспалением придатков. Периодически лечится амбулаторно по поводу хронического воспаления придатков матки. Беременности больше не наступало.

Ожидаемая 24/05 менструация, не наступила. 8/06 в бчас. Утра появились резкие боли в животе, сопровождавшиеся головокружением, кратковременным обморочным состоянием, тошнотой, рвотой. Боли иррадиировали в поясницу и в задний проход.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Кожные покровы, видимые слизистые резко бледны. Пульс 112 ударов в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения, дыхание учащено

(32 в минуту). Температура тела 37,7°. АД 80/55 мм.рт.ст. Живот несколько напряжен, резко болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии в нижних отделах живота определяется притупление; при перемещении больной на бок, границы притупления смещаются на ту же сторону.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно; влагалище рожавшей женщины. Шейка матки не эрозированна, из цервикального канала незначительные темные кровянистые выделения; задний свод сглажен, резко болезнен при пальпации; матка антефлексии, несколько увеличена, мягковатой консистенции, болезненная при перемещении; справа в области придатков определяется образование овоидной формы, тестоватой консистенции без четких границ, резко болезненное при пальпации; справа определить придатки не удастся.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. С какими заболеваниями дифференцировать данную патологию?
3. Специалистов какого профиля надо привлечь в качестве консультантов?
4. Лечение заболевания.

Ситуационная задача №28.

Роженица 38 лет, поступила в роддом 25.02. в 12 часов дня. Беременность пятая. Роды пятые. Все беременности протекали без осложнений и закончились нормальными срочными родами. Последняя менструация 16.05. Первое шевеление плода 9.10. Схватки начались 25.02. в 6 часов утра. При поступлении схватки по 25-30 секунд, через 3-5 минут.

При осмотре: таз 26-29-31-20. Окружность живота –110 см. ВДМ –38 см. Брюшная стенка дряблая. Живот растянут в поперечном направлении, головка определяется справа, сердцебиение плода –134 в минуту, ритмичное, по средней линии на уровне пупка. В 14 часов при осмотре отошли воды.

Произведено влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. О каких осложнениях беременности можно думать?
3. Оценить тактику врача женской консультации.
4. Правильно ли расположен плод?
5. Что делать?

Ситуационная задача №29.

В родильный дом поступила беременная 21 года. В анамнезе: ходить начала после 2-х лет. Схватки начались за 12 часов до поступления, потуги – 3 часа тому назад. Воды отошли за 4 часа до поступления. Температура – 36,5С. Пульс –76 в минуту.

При наружном исследовании роженицы обращает на себя внимание брахицефалическая форма головы и искривление нижних конечностей. Размеры таза: 27-27-32-17. Положение плода продольное, 2-я позиция. Головка плода малым сегментом во входе в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу, малый родничок справа, большой слева.

Диагональная конъюгата 10 см., потуги сильные через 3-4 минуты.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина особенностей конфигурации черепа и конечностей у беременной?
3. Возможные осложнения для матери и плода в родах?

4. Что делать?

Ситуационная задача №30.

Беременная, 27 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на слабость, повышение t до $37,4^{\circ}\text{C}$, частое мочеиспускание, першение в горле, насморк, кашель.

Со слов, 3 дня назад появились признаки ОРЗ (насморк, кашель, субфебрильная температура, першение в горле), затем боли в поясничной области, был озноб, $t - 39^{\circ}\text{C}$, частое мочеиспускание, боли в нижних отделах живота, повышение АД до 140/90 мм рт. ст.

Из анамнеза: страдает пиелонефритом с 10-летнего возраста, неоднократно получала стационарное лечение. С 16 лет на «Д» учете не стоит. Беременность III, протекала в I половине с угрозой прерывания в сроки 10-12 недель, анемией, в 18 недель – обострение гестационного пиелонефрита с повышением t до $37,8^{\circ}\text{C}$, получала лечение в отделении урологии; во II половине – угроза прерывания беременности и обострение пиелонефрита в 28-29 недель беременности; получала антибактериальную и сохраняющую терапию в акушерском стационаре. Общая прибавка массы тела – 12 кг.

Из анамнеза: I беременность завершилась самопроизвольным абортom в 10-11 недель на фоне гестационного пиелонефрита.

II беременность- нормальные срочные роды .

III беременность- родоразрешена в экстренном порядке путем операции кесарево сечение в 37-38 недель в связи с отслойкой плаценты на фоне тяжелого плода. Ребенок живой. У беременной Rh - отрицательный фактор крови O(I) группа крови. Состояние относительно удовлетворительное. АД – 130/90 мм рт.ст. Д=S. Ps – 92 ударов в 1 минуту. Кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом, зев гиперемирован. В легких везикулярное дыхание. Cor – тоны ритмичные, приглушены. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствует 35-36 недель. Матка возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 в 1 мин. Рубец на матке безболезненный при пальпации. Отеки на нижних конечностях. Симптом «поколачивания поясницы» отрицательный с обеих сторон. Данные УЗИ: срок беременности 35-46 недель. миометрий в области рубца 45 мм, рубец однородный данные доплерографии: нарушение кровотока в обеих артериях пуповины I “Б” степени.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Консультации каких специалистов необходимы?
5. Определите план лечения?

Уточнить метод и сроки родоразрешения?

№ Пед-21

**Федерального Государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Эталоны тестовых заданий

**по производственной практики
«Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля».**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4 курсов

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Владикавказ, 2023 г

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Промежуточный			
1.	Клиническая анатомия и физиология женских половых органов.	20	ПК-12	стр.14 стр. 25
2.	Физиология беременности.	20	ПК-12	стр.14, 25
3.	Физиология родов.	20	ПК-12	стр.14 стр.25
4.	Физиология послеродового периода и периода новорожденности.	20	ПК-12	стр.14,25
5.	Патология беременности	20	ПК-12	стр.15, 25
6.	Патология родов.	20	ПК-12	стр.15,25,
7.	Патология периода новорожденности.	20	ПК-12	стр. 15,25 стр. 40
8.	Оперативное акушерство.	20	ОК-12	стр. 15,26
9.	Нарушения менструального цикла.	20	ПК-12	стр. 15, 26
10.	Нарушение полового развития.	20	ПК-12	стр.15, 26
11.	Миома матки.	20	ПК-12	стр.15. стр. 26
12.	Эндометриоидные гетеротопии.	20	ПК-12	стр. 15, стр. 26
13.	Воспалительные заболевания женских половых органов. Особенности течения у девочек.	20	ПК-12	стр.15, 26
14.	Пороки развития половых органов.	20	ПК-12	стр. 15, 26
15.	Травматические повреждения половых органов.	20	ПК-12	стр. 15, 26
16.	«Острый живот» в гинекологии.	20	ПК-12	стр. 15, 26
17.	Опухоли и опухолевидные образования яичников. Особенности их течения у девочек.	20	ПК-12	стр.15, 26,
18.	Гиперпластические процессы эндометрия. Предрак и рак эндометрия.	20	ПК-12	стр. 15 26
19.	Фоновые заболевания. Предрак и рак шейки матки.	20	ПК-12	стр.15, 26,
20.	Бесплодный брак и вопросы планирования семьи.	20	ОПК-4 ПК-12	стр.15,26

1. Аденомиоз – это

- 1) образование в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой
- 2) равномерное увеличение размеров матки накануне менструации
- 3) распространение эндометриoidных элементов в толще миометрия
- 4) гормонозависимый патологический процесс, зависящий от прогестерона
- 5) распространение эндометриoidных элементов в параметрии

2. Для ультразвуковой картины аденомиоза характерно все, кроме

- 1) имеет форму узлов
- 2) ячеистой структуры эндометрия
- 3) нечеткой границы между эндометрием и миометрием
- 4) гиперваскуляризации эндометрия
- 5) размеры матки становятся гораздо больше после менструации

3. Аменорея может быть

- 1) физиологической
- 2) патологической
- 3) фармакологической
- 4) функциональной
- 5) верно 1),2),3)

4. Факторы риска развития атрофического вагинита

- 1) увеличение массы тела
- 2) длительный период лактации
- 3) постменопаузальный период
- 4) сахарный диабет
- 5) правильно 2),3)

5. При бактериальном вагинозе отмечается

- 1) снижение количества лактобацилл
- 2) увеличение pH влагалища более 4,5
- 3) массивное размножение гарднерелл
- 4) массивное размножение облигатно-анаэробных бактерий
- 5) верно все

6. Бесплодие – это

- 1) отсутствие беременности в течение одного года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств
- 2) отсутствие беременности в течение одного года регулярной половой жизни с применением каких-либо контрацептивных средств
- 3) отсутствие беременности в течение одного года не регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств
- 4) отсутствие беременности в течение одного года не регулярной половой жизни с применением каких-либо контрацептивных средств
- 5) отсутствие беременности в течение 6 месяцев регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств

7. Для диагностики внематочной беременности используют

- 1) УЗИ
- 2) лапароскопию
- 3) гистероскопию
- 4) верно 2),3)
- 5) верно 1),2)

8. Субтотальная гистерэктомия матки – это

- 1) удаление тела матки без шейки
- 2) удаление матки, фаллопиевых труб, яичников, региональных лимфоузлов
- 3) удаление тела матки вместе с шейкой и придатками
- 4) удаление шейки матки (без тела)

- 5) удаление маточных труб, яичников, параметрия

9. Лютеинизирующий гормон синтезируется в

- 1) яичниках
- 2) гипоталамусе
- 3) передней доле гипофиза
- 4) надпочечниках
- 5) щитовидной железе

10. Меноррагия – это

- 1) чрезмерные, продолжительные менструации (более 7 дней) с регулярным интервалом (21-35 дней)
- 2) чрезмерные, продолжительные менструации (более 7 дней) с различными интервалами
- 3) чрезмерные (более 80 мл) и продолжительные менструации (более 7 дней) с увеличенным интервалом
- 4) чрезмерные, продолжительные менструации (более 7 дней) с интервалом менее 21 дня
- 5) чрезмерные, продолжительные менструации (более 7 дней) с интервалом более 35 дней

11. Предменструальный синдром - это

- 1) симптомокомплекс, возникающий за одну - две недели до менструации и исчезающий в течение недели после её начала
- 2) симптомокомплекс, возникающий сразу после менструации и исчезающий с началом следующей менструации
- 3) симптомокомплекс, возникающий на фоне менструации и продолжающийся в течение всей жизни
- 4) симптомокомплекс, возникающий в перименопаузе
- 5) симптомокомплекс, возникающий сразу после менструации и исчезающий с началом II фазы менструального цикла

12. Для синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) характерно все, за исключением

- 1) ановуляции
- 2) пангипопитуитаризма
- 3) гиперандрогении
- 4) понижения уровня ФСГ
- 5) повышения уровня ЛГ

13. Манипуляция, направленная на предупреждение возникновения беременности путем нарушения проходимости маточной трубы называется

- 1) хирургическая стерилизация
- 2) марсупиализация
- 3) операция Штурмдорфа
- 4) фимбриопластика
- 5) сальпингоофорэктомия

14. Хроническая тазовая боль является симптомом таких гинекологических заболеваний, как

- 1) эндометриоз
- 2) первичная альгодисменорея
- 3) синдром Аллена-Мастерса;
- 4) миома матки
- 5) всё вышеперечисленное

15. Виды эндометриоза в зависимости от локализации

- 1) генитальный,
- 2) экстрагенитальный
- 3) перитонеальный
- 4) висцеральный
- 5) правильно 1),2)

16. Воспалительный процесс в эндометрии может быть обусловлен

- 1) бактериальной инфекцией
- 2) вирусной инфекцией
- 3) грибковой инфекцией
- 4) паразитарной грибковой
- 5) все перечисленное

17. Лекарственная терапия предменструального синдрома включает

- 1) седуксен, феназепам
- 2) утрожестан, дюфастон во II фазу менструального цикла
- 3) КОК
- 4) ременс
- 5) верно все перечисленное

18. Показанием к оперативному лечению аденомиоза является

- 1) наличие клинической симптоматики
- 2) неэффективность медикаментозной терапии в течение 6 месяцев

- 3) данные УЗИ
- 4) аденомиоз узловой формы в сочетании с гиперплазией эндометрия
- 5) верно 2),4)

19. Вторичная аменорея – это

- 1) полное отсутствие менструаций в течении 6 и более месяцев
- 2) полное отсутствие менструаций в течении года и более
- 3) полное отсутствие менструаций на протяжении предшествующей жизни
- 4) отсутствие менструаций в период беременности
- 5) отсутствие менструаций в период лактации

20. Бактериальный вагиноз – это

- 1) нарушение микробиоценоза влагалища
- 2) нарушение трофики эпителия влагалища
- 3) атрофический кольпит
- 4) гарднереллез
- 5) кандидоз

21. Основным клиническим признаком абсцесса бартолиниевой железы является

- 1) повышение температуры тела до 38-39 градусов С, озноб
- 2) возможно увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения
- 3) наличие флюктуирующего увеличенного напряженного и болезненного образования в области железы
- 4) увеличение паховых лимфатических узлов на контрлатеральной стороне
- 5) верно все

22. К причинам женского бесплодия относится

- 1) идиопатическая
- 2) ановуляция
- 3) трубное бесплодие
- 4) эндометриоз
- 5) всё перечисленное верно

23. При микроскопии влагалищного мазка можно судить о происходящих в организме эндокринных изменениях. Для этого необходимо учитывать

- 1) величину ядер клеток
- 2) степень окраски протоплазмы клеток
- 3) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия
- 4) соотношение эпителиальных клеток
- 5) все перечисленное

24. Гистероскопия показана при подозрении на

- 1) подслизистую миому матки
- 2) остатки плодного яйца
- 3) беременность
- 4) аномалии развития матки
- 5) верно 1),2),4)

25. При посткоитальных (контактных) кровянистых выделениях, связанных с полипом эндометрия применяют

- 1) выскабливание полости матки
- 2) электрокоагуляция ножки полипа при гистероскопии
- 3) 17-ОПК
- 4) бусерелин
- 5) верно 1),2)

26. Стадии предменструального синдрома

- 1) компенсированная
- 2) субкомпенсированная
- 3) декомпенсированная
- 4) ПМС не подразделяется на стадии
- 5) верно 1),2),3)

27. К факторам риска развития пролапса гениталий относят

- 1) стремительные роды
- 2) травматичные роды
- 3) анатомические особенности
- 4) операции на органах малого таза
- 5) все перечисленное

28. Эндометриоз – это гормонозависимый патологический процесс, зависящий от

- 1) эстрогенов

- 2) андрогенов
- 3) прогестерона
- 4) глюкокортикоидов
- 5) верно 1),3)

29. К тестам функциональной диагностики относится

- 1) исследование шеечной слизи
- 2) измерение базальной температуры
- 3) кольпоцитология
- 4) определение симптома «зрачка»
- 5) верно все

30. Предрасполагающими факторами дисфункциональных маточных кровотечений в пубертатном возрасте являются все, за исключением

- 1) хронические и острые инфекционные заболевания
- 2) гиповитаминозы
- 3) физические перегрузки
- 4) психические травмы
- 5) роды

31. Самым высоким индексом Перля обладают

- 1) метод «фертильного окна»
- 2) барьерные методы контрацепции
- 3) комбинированные оральные контрацептивы
- 4) контрацептивные губки
- 5) стерилизация

32. Показанием для проведения лапароскопии является

- 1) бесплодие
- 2) боль и (или) неясные данные клинического исследования органов малого таза
- 3) пороки развития половых органов
- 4) эндометриоз
- 5) все выше перечисленное

33. Лейомиома матки состоит из

- 1) гладкомышечных клеток
- 2) фиброзной стромы
- 3) жировой ткани
- 4) нервных волокон
- 5) правильные ответы 1),2)

34. Расширенная кольпоскопия – это

- 1) осмотр слизистой шейки матки с помощью кольпоскопа без использования медикаментозных средств
- 2) осмотр слизистой шейки матки через цветные фильтры
- 3) осмотр слизистой шейки матки с применением различных эпителиальных и сосудистых тестов (3% р-р уксусной кислоты, р-р Люголя)
- 4) осмотр слизистой шейки матки и цервикального канала
- 5) кольпоскопия под увеличением в 160-280 раз

35. Противопоказанием к назначению ЗГТ является

- 1) влагалищное кровотечение неясного генеза
- 2) острое тяжелое заболевание печени
- 3) острый тромбоз глубоких вен
- 4) рак молочной железы (в настоящее время)
- 5) все выше перечисленное

36. Патогенетическими вариантами рака тела матки являются

- 1) гормонзависимый
- 2) гормоннезависимый
- 3) ассоциированный с HPV-инфекцией
- 4) верно 1),2)
- 5) всё перечисленное верно

37. Пропалс гениталий представляет собой

- 1) опущение стенок влагалища;
- 2) выпадение стенок влагалища
- 3) опущение матки
- 4) выпадение матки
- 5) все перечисленное

38. Основными симптомами СПКЯ являются

- 1) нарушение менструального цикла
- 2) ожирение
- 3) гирсутизм
- 4) вторичное или первичное бесплодие
- 5) все перечисленное

39. Наиболее часто трихомониазом поражается

- 1) слизистая влагалища
- 2) маточные трубы
- 3) уретра
- 4) мочевого пузыря
- 5) выводные протоки больших желез преддверия

40. Острый трихомониаз -это

- 1) длительность заболевания до 2 месяцев
- 2) длительность заболевания более 2 месяцев
- 3) длительность заболевания до 2 недель
- 4) длительность заболевания более 2 недель
- 5) обнаружение трихомонад без воспаления

41. Причиной вторичной аменореи может быть все, кроме

- 1) отсутствие матки
- 2) синдром поликистозных яичников
- 3) синдром Шихана
- 4) синдром Ашермана
- 5) гиперпролактинема

42. Фактором риска бесплодия не является

- 1) возраст моложе 35 лет
- 2) чрезмерная потеря веса (дисфункция системы гипоталамус-гипофиз-яичники)
- 3) ожирение
- 4) олигоменорея
- 5) аменорея

43. Возбудителем гонореи является

- 1) вирус простого герпеса
- 2) Neisseria gonorrhoeae
- 3) Trichomonas vaginalis
- 4) парвовирус
- 5) Chlamydia trachomatis

44. «Кровомазание в постменопаузе» - это

- 1) кровянистые выделения из половых путей, появляющиеся через 1 месяц после наступления менопаузы
- 2) кровянистые выделения из половых путей, появляющиеся более чем через 1 год после наступления менопаузы
- 3) кровотечения на фоне применения ЗГТ
- 4) межменструальные кровомазания
- 5) длительные менструации

45. Предрасполагающими факторами дисфункциональных маточных кровотечений в пубертатном возрасте являются все, за исключением

- 1) хронические и острые инфекционные заболевания
- 2) гиповитаминозы
- 3) физические перегрузки
- 4) психические травмы
- 5) роды

46. Системными резервуарами грибов рода Candida могут быть

- 1) кожа
- 2) влагалище
- 3) ЖКТ
- 4) легкие
- 5) влагалище

47. Показанием для проведения лапароскопии является

- 1) бесплодие
- 2) боль и (или) неясные данные клинического исследования органов малого таза
- 3) пороки развития половых органов
- 4) эндометриоз
- 5) все выше перечисленное

48. Степени тяжести климактерического синдрома (по Е.М. Вихляевой)

- 1) легкая
- 2) средняя
- 3) тяжелая
- 4) крайне тяжелая
- 5) верно 1),2),3)

49. Показанием к консервативной миомэктомии является

- 1) желание женщины сохранить репродуктивную функцию при наличии необходимых условий
- 2) миома матки размерами до 12 недель беременности
- 3) шеечное расположение миоматозного узла
- 4) субмукозно-интерстициальный узел
- 5) все перечисленное

50. Рак тела матки – это

- 1) злокачественная эпителиальная опухоль, исходящая из эндометрия
- 2) злокачественная эпителиальная опухоль, исходящая из миометрия
- 3) злокачественная неэпителиальная опухоль
- 4) злокачественная опухоль, исходящая из мезотелия
- 5) доброкачественная опухоль, исходящая из миометрия с высоким риском озлокачествления

51. Обследование женщин с посткоитальными кровянистыми выделениями включает

- 1) осмотр в зеркалах
- 2) расширенная кольпоскопия
- 3) цитограмма цервикального канала и зоны трансформации
- 4) раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- 5) верно все перечисленное

52. Факторами риска развития аденомиоза являются

- 1) внутриматочные вмешательства
- 2) кесарево сечение
- 3) многократные роды
- 4) осложненные аборты
- 5) все перечисленное

53. Чаще атрофический вагинит развивается у женщин

- 1) в репродуктивном периоде
- 2) в постменопаузе
- 3) в период полового созревания
- 4) в период длительной лактации
- 5) во время беременности

54. Наиболее частые осложнения острого бартолинита

- 1) формирование кисты
- 2) формирование абсцесса
- 3) острый лимфаденит
- 4) бактериально-токсический шок
- 5) флегмона мягких тканей

55. Осложнениями воспалительных заболеваний органов малого таза являются

- 1) внутрибрюшной абсцесс
- 2) пиосальпинкс
- 3) перитонит
- 4) формирование спаек
- 5) все перечисленное

56. При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно

- 1) бочкообразная форма шейки матки
- 2) цианоз влагалищной части шейки матки
- 3) эксцентричное расположение наружного зева
- 4) верно 1),3)
- 5) верно все

57. Кариопикнотический индекс – это процентное соотношение

- 1) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 2) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам
- 3) базальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 4) парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 5) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке

58. Гистероскопия показана при подозрении на

- 1) подслизистую миому матки
- 2) остатки плодного яйца
- 3) беременность
- 4) аномалии развития матки
- 5) верно 1),2),4)

59. Врачебная тактика при контактных кровянистых выделениях, связанных с наличием полипа цервикального канала у женщины 20 лет

- 1) назначение кровоостанавливающей терапии
- 2) УЗИ полости матки, удаление полипа, назначение противовоспалительной терапии
- 3) сразу провести раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- 4) проведение противовоспалительной терапии
- 5) назначение иммунокорректирующей терапии

60. *Trichomonas vaginalis* представляет собой

- 1) дрожжеподобные грибы
- 2) микроорганизмы, сочетающие в себе признаки бактерий и вирусов
- 3) жгутиковые
- 4) диплококк
- 5) вирусы

61. Лапароскопические виды стерилизации

- 1) стерилизация путем электрокоагуляции и иссечения участка маточной трубы
- 2) стерилизация путем наложения скобок
- 3) метод Pomeroy
- 4) операция Мейгса
- 5) верно 1),2),3)

62. Материал для диагностики хламидийной инфекции берут из

- 1) уретры
- 2) цервикального канала
- 3) влагалища
- 4) первой порции мочи
- 5) верно 1),2)

63. Препараты для лечения эндометриоза

- 1) агонисты гонадолиберина
- 2) комбинированные оральные контрацептивы
- 3) антигонадотропины
- 4) гестагены
- 5) все перечисленное

64. Для клинической картины аденомиоза характерно все, кроме

- 1) бессимптомного течения
- 2) альгодисменореи
- 3) болей при половом контакте
- 4) анемии
- 5) контактных кровянистых выделений

65. Наиболее часто в развитии бактериального вагиноза участвуют

- 1) гарднерелла
- 2) микоплазма
- 3) уреаплазма
- 4) трихомонада
- 5) верно 1),2),3)

66. К причинам женского бесплодия относится

- 1) поликистоз
- 2) ановуляция
- 3) трубное бесплодие
- 4) эндометриоз
- 5) всё перечисленное верно

67. У женщины выявлена прогрессирующая трубная беременность в сроке 8 недель, состояние удовлетворительное.

Тактика врача

- 1) операцию можно провести в плановом порядке
- 2) выполнить экстренную операцию

- 3) возможно консервативное лечение
- 4) верно 1),3)
- 5) правильного ответа нет

68. Пути передачи папилломовирусной инфекции

- 1) капельный
- 2) лимфогенный
- 3) половой
- 4) гематогенный
- 5) контактно-бытовой

69. Клинические признаки полипов эндометрия

- 1) кровянистые выделения в менопаузе
- 2) гиперменорея
- 3) возможно бессимптомное течение
- 4) схваткообразные боли внизу живота
- 5) верно в

70. Опущение передней стенки влагалища, содержащей мочевой пузырь – это

- 1) цистоцеле
- 2) уретроцеле
- 3) ректоцеле
- 4) энтероцеле
- 5) элонгация мочевого пузыря

71. Для диагностики трихомонадной инфекции используют

- 1) микроскопия нативных препаратов
- 2) микроскопия окрашенных препаратов
- 3) бактериологический посев материала
- 4) ПЦР диагностика
- 5) верно 1),2),3)

72. К препаратам, используемым для лечения хламидийной инфекции относят

- 1) азитромицин
- 2) доксициклин
- 3) эритромицин
- 4) тетрациклин
- 5) все перечисленное

73. Распространение эндометриозной ткани в миометрии – это

- 1) аденомиоз
- 2) аденоматоз
- 3) аденоз
- 4) аскаридоз
- 5) акантоз

74. Свечи «овестин» содержат

- 1) эстриол
- 2) эстрадиол
- 3) прогестерон
- 4) 17-гидроксипрогестерон
- 5) Кортикостероиды

75. Ключевые клетки – это

- 1) клетки многослойного плоского эпителия, покрытые большим количеством коккобациллярной микрофлоры
- 2) клетки многослойного цилиндрического эпителия, покрытые большим количеством коккобациллярной микрофлоры
- 3) клетки многослойного цилиндрического эпителия, покрытые большим количеством лактобацилл
- 4) гарднереллы
- 5) скопление лактобацилл

76. Выводной проток бартолиниевой железы открывается

- 1) в основании малых половых губ
- 2) в бороздку между нижними третями малых и больших половых губ
- 3) в толщу задних отделов больших половых губ
- 4) в бороздку между нижней третью малых половых губ и девственной плевы
- 5) правильного ответа нет

77. Методы дополнительного исследования у женщин при бесплодии

- 1) гормональное исследование в различные фазы менструального цикла
- 2) УЗИ органов малого таза

- 3) исследование маточных труб
- 4) пенетрационный тест
- 5) всё перечисленное верно

78. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой

- 1) при влагалищном исследовании увеличение и болезненность придатков
- 2) боли внизу живота и в подвздошной области
- 3) скудные кровянистые выделения из половых путей
- 4) верно 1),2)
- 5) верно все

79. Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) – это

- 1) аномальные маточные кровотечения без признаков органической генитальной или экстрагенитальной патологии
- 2) кровотечения во время беременности
- 3) кровотечения в послеродовом периоде
- 4) кровотечения, связанные с патологией свертывающей системы крови
- 5) все перечисленное

80. К препаратам для ЗГТ относятся

- 1) препараты, содержащие эстрогены (монотерапия)
- 2) комбинация эстрогенов с прогестагенами, в различных режимах (циклическом или непрерывном)
- 3) комбинация эстрогенов с андрогенами
- 4) монотерапия прогестагенами или андрогенами (используется редко)
- 5) все вышеперечисленное

81. К естественным методам контрацепции относится

- 1) применение спермицидов
- 2) определение фертильного окна
- 3) применение диафрагм, колпачков
- 4) применение контрацептивных губок
- 5) применение влагалищного кольца НоваРинг

82. Этиологией меноррагии является

- 1) фибромиомы
- 2) аденомиоз
- 3) воспалительные заболевания органов малого таза
- 4) самоаборт при беременности малого срока
- 5) все перечисленное верно

83. Проба с уксусной кислотой позволяет оценить

- 1) сосудистый рисунок
- 2) границы атипического эпителия
- 3) состояние желез
- 4) наличие nabothian cysts
- 5) верно 1),2),3)

84. Этиология посткоитальных кровянистых выделений

- 1) эктропион шейки матки и хронический цервицит
- 2) воспалительные заболевания шейки матки, влагалища
- 3) беременность в случае предлежания плаценты
- 4) рак шейки матки
- 5) верно все перечисленное

85. Для осложнений аденомиоза характерно все, кроме

- 1) анемии
- 2) болевого синдрома
- 3) дизурических явлений
- 4) СПКЯ
- 5) нарушений менструального цикла

86. Гистероскопия - это

- 1) осмотр цервикального канала и стенок полости матки при помощи оптических систем (оптиковолоконного гистероскопа)
- 2) осмотр цервикального канала при помощи оптических систем (оптиковолоконного гистероскопа)
- 3) осмотр стенок полости матки при помощи оптических систем (оптиковолоконного гистероскопа)
- 4) ультразвуковое исследование при помощи влагалищного датчика
- 5) все перечисленное

87. Гистерэктомия – это

- 1) удаление тела матки (без шейки)

- 2) удаление тела матки, фаллопиевых труб и яичников
- 3) удаление тела матки вместе с шейкой
- 4) удаление шейки матки (без тела)
- 5) удаление матки с придатками и регионарными лимфатическими узлами

88. Для ювенильных кровотечений характерна

- 1) ановуляция с персистенцией фолликула
- 2) ановуляция с атрезией фолликула
- 3) недостаточность лютеиновой фазы
- 4) персистенция желтого тела
- 5) все перечисленное

89. *Chlamidia trachomatis* представляет собой

- 1) жгутиковые
- 2) микроорганизмы, сочетающие в себе признаки бактерий и вирусов
- 3) дрожжеподобные грибы
- 4) диплококк
- 5) вирус

90. Боли, локализованная ниже линии, соединяющей ости подвздошных костей и пупок, как правило, свидетельствуют о заболеваниях

- 1) кишечника
- 2) почек
- 3) внутренних половых органах
- 4) селезенки
- 5) забрюшинных лимфатических узлов

91. Гормонозависимый патологический процесс, характеризующийся образованием эктопических очагов функционирующей эндометриальной ткани (железы, строма)

- 1) эндометриоз
- 2) эндометрит
- 3) рак эндометрия
- 4) аденомиоз
- 5) верно 1),4)

92. Для экстрагенитального эндометриоза характерно поражение

- 1) мочевого пузыря
- 2) кишечника
- 3) послеоперационного рубца на передней брюшной стенке
- 4) почек
- 5) все перечисленное

93. По форме роста лейомиомы подразделяются на

- 1) субмукозные
- 2) субсерозные
- 3) интерстициальные
- 4) смешанные
- 5) все перечисленное

94. Больным с кистой бартолиниевой железы следует рекомендовать

- 1) лечение в стадии обострения воспалительного процесса
- 2) оперативное лечение – вылушивание кисты бартолиниевой железы в стадии ремиссии
- 3) марсупиализацию
- 4) антибактериальную терапию
- 5) верно 2),3)

95. К вспомогательным методам репродукции относится

- 1) внутриматочная инсеминация
- 2) экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)
- 3) инъекция сперматозоидов в цитоплазму яйцеклетки (ICSI)
- 4) перенос гамет в маточную трубу (GIFT)
- 5) всё перечисленное верно

96. Эктопическая беременность – это беременность в

- 1) шейке матки
- 2) маточной трубе
- 3) яичнике
- 4) перешейке матки
- 5) вне полости матки

97. Кариопикнотический индекс – это процентное соотношение

- 1) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 2) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам
- 3) базальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 4) парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- 5) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке

98. Основные формы предменструального синдрома

- 1) нервно-психическая
- 2) цефалгическая
- 3) кризовая
- 4) отечная
- 5) верно все перечисленное

99. Препараты первой линии в терапии трихомониаза

- 1) препараты метронидазола
- 2) фторхинолоны
- 3) пенициллины
- 4) макролиды
- 5) тетрациклины

100. К женщинам наиболее подверженным заболеваемости эндометриозом относятся

- 1) девочки до 12 лет
- 2) девушки пубертатного периода
- 3) женщины репродуктивного возраста, с осложненными родами, абортами в анамнезе
- 4) женщины в перименопаузе
- 5) женщины в постменопаузе

101. К хирургическому лечению при трубной форме бесплодия не относится

- 1) сальпинголизис
- 2) консервативная миомэктомия
- 3) восстановление проходимости труб
- 4) ре-анастомоз
- 5) сальпинготомия

102. Лечение ВЗОМТ не включает в себя

- 1) антибиотики
- 2) анальгетики
- 3) инфузионная терапия
- 4) цитостатики
- 5) все перечисленное

103. Тактика ведения беременности у женщины с шеечной беременностью

- 1) выскабливание шейки матки
- 2) экстирпация матки
- 3) тампонада шейки матки
- 4) надвлагалищная ампутация матки
- 5) выскабливание шейки и полости матки

104. Операция Вертгейма не включает в себя

- 1) удаление шейки матки
- 2) удаление параметрия
- 3) удаление мочевого пузыря
- 4) удаление придатков
- 5) удаление регионарных лимфатических узлов

105. Фолликулостимулирующий гормон синтезируется в

- 1) яичниках
- 2) гипоталамусе
- 3) передней доле гипофиза
- 4) надпочечниках
- 5) щитовидной железе

106. В яичниках вырабатываются

- 1) прогестерон
- 2) андрогены
- 3) пролактин
- 4) эстрогены
- 5) верно 1),2),4)

- 107.** Причинами женского бесплодия могут являться
- 1) синдром резистентных яичников
 - 2) фибромы (механическое препятствие)
 - 3) синдром Ашермана
 - 4) патология цервикального канала
 - 5) всё перечисленное верно
- 108.** Путь распространения воспалительных заболеваний органов малого таза, который встречается наиболее часто
- 1) восходящий путь
 - 2) по протяжению
 - 3) гематогенный
 - 4) лимфогенный
 - 5) роды, инструментальные вмешательства
- 109.** Для шеечной беременности характерно все, кроме
- 1) асимметричной шейки матки
 - 2) расположения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки
 - 3) эксцентричного расположения маточного зева
 - 4) задержки менструации
 - 5) увеличения шейки матки
- 110.** После овуляции на месте преовуляторного фолликула образуется
- 1) желтое тело
 - 2) антральный фолликул
 - 3) примордиальный фолликул
 - 4) преантральный фолликул
 - 5) ничего из вышеперечисленного
- 111.** Факторами риска развития анемии являются
- 1) снижение поступления железа в организм
 - 2) нарушение процессов всасывания железа, связанные с заболеваниями ЖКТ
 - 3) частые кровотечения при предлежании плаценты
 - 4) многоплодная беременность
 - 5) все перечисленное
- 112.** Профилактика железодефицитной анемии показана следующим беременным
- 1) в популяциях, где дефицит железа является общей проблемой населения
 - 2) с обильными и длительными менструациями, предшествующими беременности
 - 3) при беременностях, следующих друг за другом с небольшим перерывом
 - 4) при многоплодной беременности
 - 5) все перечисленное
- 113.** Для подтверждения внутриутробной гибели плода используется
- 1) ЭКГ
 - 2) УЗИ сердца и сосудов матери
 - 3) УЗИ плода и ДППМ
 - 4) общий анализ крови
 - 5) биохимические показатели крови
- 114.** Кратность посещений женской консультации в III триместре физиологической беременности
- 1) 1 раз в неделю
 - 2) 2 раза в месяц
 - 3) 3 раза в месяц
 - 4) до 28 нед 1 раз в месяц, 28-36 нед 2 раза в месяц, после 36 нед каждые 7 дней
 - 5) по желанию пациентки
- 115.** Понятие «Биофизический профиль плода» включает
- 1) оценку дыхательных движений
 - 2) оценку двигательной активности и тонуса плода
 - 3) оценку степени зрелости плаценты
 - 4) оценку количество околоплодных вод
 - 5) верно все
- 116.** Для профилактики кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах вводят
- 1) окситоцин 5 ЕД в 400 мл изотонического р-ра хлорида натрия внутривенно капельно
 - 2) аминакапроновая кислота, 100 мл внутривенно капельно
 - 3) рефорган, 400 мл внутривенно капельно
 - 4) аскорбиновая кислота 5-процентная 5 мл внутривенно
 - 5) дицинон, 4,0 мл внутримышечно

117. Преэклампсия на фоне экстрагенитальной патологии встречается чаще

- 1) пороки сердца
- 2) заболевания легких
- 3) болезнь кровеносных органов
- 4) верно все перечисленное
- 5) гипертоническая болезнь

118. Для преэклампсии, развившейся на фоне экстрагенитальной патологии верно все, кроме

- 1) развиваются на фоне экстрагенитальной патологии
- 2) раннее начало
- 3) более тяжелое течения
- 4) наличие симптомов предшествующего заболевания
- 5) начинаются, как правило, после 36-37 недель беременности

119. При лечении эклампсии применяют

- 1) промедол
- 2) димедрол
- 3) верапамил
- 4) сибазон
- 5) верно все перечисленное

120. При взаимодействии резус(полож) эритроцитов плода с резус-антителами матери происходит

- 1) гемолиз
- 2) гидropическая дегенерация
- 3) гипертрофия
- 4) некроз
- 5) все перечисленное

121. При возникновении гипертонуса матки во время родостимуляции необходимо

- 1) сделать перерыв в инфузии на 40 минут
- 2) прекратить инфузию и предоставить роды естественному течению
- 3) прекратить инфузию, ввести бетта-миметики, оценить акушерскую ситуацию и скорректировать тактику ведения родов после нормализации состояния матери и плода
- 4) сменить препарат
- 5) верно 1),4)

122. Показаниями к кесареву сечению со стороны матери являются

- 1) анатомически узкий таз III и IV степени
- 2) полное предлежание плаценты
- 3) эклампсия
- 4) несостоятельность рубца на матке
- 5) верно все вышеперечисленное

123. Кардиотокография – это

- 1) метод оценки состояния плода, основанный на анализе его электрокардиограммы
- 2) метод оценки состояния плода, основанный на анализе изменчивости частоты его сердцебиений в покое, движении, в условиях маточной активности, а также воздействия средовых факторов обитания
- 3) графическое отражение биоэлектрической активности головного мозга плода
- 4) метод оценки гемодинамики фетоплацентарного комплекса
- 5) метод оценки фетометрических показателей

124. К классификации многоводия относится

- 1) острое
- 2) хроническое
- 3) компенсированное
- 4) субкомпенсированное
- 5) верно 1),2)

125. При лицевом вставлении головка прорезывается размером

- 1) малым косым размером
- 2) средним косым
- 3) вертикальным размером
- 4) большим косым
- 5) прямым размером

126. Показаниями к прерыванию беременности на фоне эпилепсии являются

- 1) труднокурабельная эпилепсия с частыми припадками
- 2) статусное течение эпилепсии
- 3) заболевание с редкими припадками

- 4) нестойкая медикаментозная ремиссия
- 5) верно 1),2),4)

127. К показаниям для оценки биофизического профиля плода относят

- 1) отклонения в объеме амниотической жидкости
- 2) перинатальные потери в анамнезе
- 3) осложненное течение данной беременности
- 4) нарушение функции фето-плацентарного комплекса
- 5) верно все

128. Продолжительность активной фазы родов

- 1) 5-6 часов
- 2) 1-2 часа
- 3) 3-4 часа
- 4) 7 часов
- 5) 40 минут

129. Преждевременное излитие околоплодных вод происходит

- 1) до раскрытия матки 6-7 см
- 2) до начала регулярной родовой деятельности
- 3) до полного открытия шейки матки
- 4) до поступления роженицы в стационар
- 5) нет правильного ответа

130. Особенности ведения родов через естественные родовые пути при преэклампсии являются

- 1) раннее вскрытие плодного пузыря
- 2) проведение вакуум-экстракции плода
- 3) проведение поэтапного адекватного обезболивания
- 4) стимуляция родовой деятельности должна быть не менее 3 часов
- 5) верно 1),3)

131. При ультразвуковом исследовании фетоплацентарного комплекса у резус-иммунизированных женщин отмечается

- 1) многоводие
- 2) гепатоспленомегалия плода
- 3) гидроперикард, асцит, гидроторакс плода
- 4) гипертрофия и утолщение плаценты
- 5) все перечисленное

132. Лечебная тактика при ВИЧ-инфекции у беременных

- 1) прерывание беременности в любом сроке если инфицирование произошло в период до 12 недель
- 2) выработка лечебной тактики представляет определённую трудность, т.к. нет достоверных методов диагностики, чтобы доказать инфицированность
- 3) если мать заражена, ее необходимо госпитализировать в инфекционное отделение
- 4) зидовудин 100 мг перорально 5 раз в день начиная с 14 недели и продолжая во время родов как постоянную терапию
- 5) решение вопроса о прерывании беременности консилиумом, только если срок менее 20 недель

133. При сроке гестации более 12 нед. искусственное прерывание беременности выполняется

- 1) по медицинским показаниям
- 2) по желанию женщины
- 3) по социальным показаниям
- 4) по разрешению областного министерства здравоохранения
- 5) верно 1),3)

134. Экстренными показаниями к кесареву сечению во время родов являются

- 1) клинически узкий таз
- 2) выпадение пульсирующей петли пуповины при неполном открытии шейки матки
- 3) преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения
- 4) аномалии родовой деятельности при отсутствии эффекта от медикаментозной коррекции
- 5) верно все вышеперечисленное

135. Многоводие – количество околоплодных вод превышает

- 1) 1500 мл
- 2) 1000 мл
- 3) 1300 мл
- 4) 1800 мл
- 5) 2000 мл

136. Привычное невынашивание - это

- 1) самопроизвольное прерывание беременности один и более раз
- 2) самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд

- 3) самопроизвольное прерывание беременности три и более раз подряд
- 4) самопроизвольное прерывание беременности четыре и более раз подряд
- 5) самопроизвольное прерывание беременности пять и более раз подряд

137. К этиологическим факторам развития послеродовой гипертермии относится все, за исключением

- 1) инфекции женских половых органов
- 2) инфекции мочевыделительной системы
- 3) инфекции дыхательных путей
- 4) варикозного расширения вен малого таза
- 5) мастит

138. Для переносимости беременности характерно

- 1) срок беременности 42 недели и более
- 2) новорожденный имеет признаки перзрелости
- 3) имеются макроскопические изменения плаценты
- 4) срок беременности 40 недель и более
- 5) верно 1),2),3)

139. Раннее послеродовое кровотечение - это

- 1) кровотечение, возникшее в первый час послеродового периода
- 2) кровотечение, возникшее в первые 2 ч послеродового периода
- 3) кровотечение, возникшее в первые 3 ч послеродового периода
- 4) кровотечение, возникшее в первую неделю послеродового периода
- 5) кровотечение, возникшее в первый месяц послеродового периода

140. Предлежание плаценты - это

- 1) расположение плаценты в области нижнего маточного сегмента
- 2) расположение плаценты в области нижнего маточного сегмента, полностью перекрывая внутренний зев
- 3) расположение плаценты в области нижнего маточного сегмента, частично перекрывая внутренний зев
- 4) расположение плаценты в области нижнего маточного сегмента, частично или полностью перекрывая внутренний зев
- 5) расположение плаценты в области дна матки, трубных углов

141. Клиническими признаками отслойки плаценты более одной трети ее площади являются

- 1) болевой синдром – сильная, постоянная боль
- 2) нарушение гемодинамики – падение АД, бледность кожных покровов
- 3) изменение консистенции и конфигурации матки
- 4) всегда обильное кровотечение из половых путей
- 5) верно 1),2),3)

142. Причиной разрыва матки является

- 1) механическое препятствие рождению плода
- 2) несостоятельный рубец на матке после неполноценного заживления
- 3) многоплодная беременность
- 4) насильственный фактор при родоразрешающих операциях
- 5) верно 1),2),4)

143. Для умеренной преэклампсии, как правило, характерны следующие симптомы, кроме

- 1) наличия отеков
- 2) быстрого нарастания массы тела
- 3) олигурии
- 4) отсутствия патологических изменений в анализах мочи
- 5) неадекватного диуреза

144. При ультразвуковом исследовании фетоплацентарного комплекса у резус-иммунизированных женщин отмечается

- 1) многоводие
- 2) гепатоспленомегалия плода
- 3) гидроперикард, асцит, гидроторакс плода
- 4) гипертрофия и утолщение плаценты
- 5) все перечисленное

145. Искусственное прерывание беременности - это

- 1) удаление неразвивающейся беременности
- 2) завершение беременности путём кесарева сечения при достижении плодом морфофункциональной зрелости
- 3) прерывание беременности в медицинском учреждении
- 4) завершение беременности путём приёма медикаментозных препаратов, либо хирургическим путём
- 5) прерывание беременности по желанию женщины

146. Показаниями к кесареву сечению со стороны плода являются

- 1) поперечное и устойчивое косое положения плода после излития околоплодных вод
- 2) сросшаяся двойня

- 3) предлежание или выпадение пульсирующих петель пуповины при отсутствии условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути
- 4) разгибательные вставления головки плода – лобное, передний вид лицевого, заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва
- 5) верно все вышеперечисленное

147. Осложнения, возникающие в родах у беременной с многоводием

- 1) слабость родовой деятельности
- 2) отслойка плаценты
- 3) выпадение петель пуповины
- 4) выпадение мелких частей плода
- 5) все перечисленное

148. Осложнением многоводия является

- 1) неправильное предлежание плода
- 2) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 3) выпадение петель пуповины
- 4) послеродовые кровотечения
- 5) верно все перечисленное

149. Факторами риска развития многоплодной беременности являются

- 1) наследственность (многоплодная беременность у родственников супругов)
- 2) экстракорпоральное оплодотворение
- 3) применение гормональных контрацептивов
- 4) стимуляция овуляции
- 5) верно все перечисленное

150. Для угрожающего выкидыша верно все, кроме

- 1) связь плодного яйца с маткой сохранена или нарушена лишь на незначительном участке
- 2) величина матки соответствует сроку беременности
- 3) цервикальный канал закрыт
- 4) обильные кровянистые выделения из половых путей
- 5) слабые ноющие боли внизу живота

151. Осложнения при перенесенной беременности до, во время и после родов

- 1) преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности
- 2) кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах
- 3) внутриутробная гипоксия плода, родовая травма
- 4) синдром меконияльной аспирации, внутриутробная гибель плода
- 5) верно все перечисленное

152. В послеродовом периоде лохии

- 1) кровянистые
- 2) серозно-сукровичные
- 3) сукровичные
- 4) прекращаются через 2 часа после родов
- 5) кровянистые, с 3-4 дня серозно-сукровичные, к 10 дню светлые, а на 5-6 неделе прекращаются

153. О низком расположении плаценты говорят в том случае, когда

- 1) край плаценты достигает внутреннего зева
- 2) плацента полностью перекрывает внутренний зев
- 3) за внутренним зевом находят плодные оболочки и плацентарную ткань
- 4) край плаценты находится ближе 5 см от внутреннего зева
- 5) край плаценты находится более 7 см от внутреннего зева

154. Факторами риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты являются

- 1) многоводие
- 2) многоплодная беременность
- 3) преэклампсия
- 4) нарушение свертывающей системы крови
- 5) верно все перечисленное

155. Преждевременные роды - это

- 1) прерывание беременности в сроке от зачатия до 37 недель
- 2) прерывание беременности в сроке с 18 недель до 39 недель
- 3) прерывание беременности в сроке с 25 недель до 37 недель
- 4) прерывание беременности в сроке с 22 недель до 37 недель
- 5) прерывание беременности в сроке с 28 недель до 37 недель

156. Характерными признаками септического шока являются

- 1) падение артериального давления без предшествующей кровопотери
- 2) брадикардия
- 3) высокая лихорадка с частыми ознобами, сменяющаяся резким снижением температуры тела
- 4) полиурия
- 5) верно 1),3)

157. Факторами риска развития преэклампсии являются

- 1) тяжелая преэклампсия во время предыдущих беременностей
- 2) многоплодная беременность
- 3) возраст женщины моложе 17 и старше 30 лет
- 4) наличие экстрагенитальной патологии (сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, почечная патология)
- 5) верно все перечисленное

158. Тактика врача при появлении симптомов преэклампсии в 38 недель беременности

- 1) амниотомия, родовозбуждение энзапростом
- 2) амниотомия, родовозбуждение окситоцином
- 3) подготовка родовых путей к родам, родоразрешение через 2-3 дня
- 4) срочное родоразрешение через естественные родовые пути под эпидуральной анестезией
- 5) срочное родоразрешение путем кесарева сечения на фоне терапии преэклампсии

159. Клиническими признаками многоплодной беременности являются

- 1) увеличение размеров матки по сравнению с предполагаемым сроком беременности
- 2) две и более точки прослушивания сердцебиения плода и зоны «молчания» между ними
- 3) выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода
- 4) выявление при наружном акушерском исследовании множество мелких частей плода
- 5) верно все перечисленное

160. При каком предлежании в биомеханизме родов точкой фиксации является подъязычная кость

- 1) переднеголовном предлежании
- 2) лобном предлежании
- 3) лицевом предлежании
- 4) переднем виде затылочного предлежания
- 5) заднем виде затылочного предлежания

161. Для смешанного ягодичного предлежания плода характерно все перечисленное, кроме

- 1) ко входу в таз предлежат ягодицы и одна или обе ножки плода
- 2) ножки согнуты в тазобедренных суставах
- 3) ножки согнуты в коленных суставах
- 4) одна ножка может быть разогнута в коленном суставе и вытянута вдоль туловища
- 5) одна ножка может быть разогнута в тазобедренном и коленном суставе

162. Диагностика предлежания плаценты складывается из

- 1) данных жалоб и анамнеза
- 2) наружного и внутреннего акушерского исследования
- 3) УЗИ, доплерометрии
- 4) рентгенологического исследования
- 5) верно 1),2),3)

163. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты противопоказано назначение

- 1) рибоксина
- 2) гинипрала
- 3) дицинона
- 4) дроптаверина
- 5) аскорбиновой кислоты

164. Для полного разрыва матки характерно

- 1) перемещение плода в брюшную полость
- 2) прекращение сердцебиения плода
- 3) возможна пальпация частей плода через брюшную стенку
- 4) рядом с плодом пальпируется отклонившаяся в сторону матка
- 5) верно все

165. Рвота средней степени тяжести характеризуется всем, кроме

- 1) рвота до 6-10 раз в сутки
- 2) потеря массы тела превышает 3 кг за 1-1,5 недели
- 3) потеря массы тела до 8-10 кг и более
- 4) субфебрильная температура
- 5) влажность кожных покровов и слизистых оболочек нормальная; АД незначительно понижено

166. Входные ворота инфекции в послеродовом периоде

- 1) трещины сосков
- 2) плацентарная площадка
- 3) ссадины и трещины вульвы и влагалища
- 4) разрывы шейки матки
- 5) все перечисленное

167. Для слабости родовой деятельности наиболее характерно

- 1) болезненность схваток
- 2) затрудненное мочеиспускание
- 3) затрудненная пальпация предлежащей части плода
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

168. Симптом, которым манифестируется пузырный занос

- 1) кровотечение из половых путей
- 2) несоответствие размеров матки сроку беременности
- 3) отсутствие частей плода по данным УЗИ
- 4) выраженное повышение уровня ХГ
- 5) неукротимая рвота

169. Показания к ручному контролю полости матки

- 1) дефект последа
- 2) подозрение на разрыв матки
- 3) замедление инволюции матки
- 4) верно 1),2)
- 5) верно всё

170. В акушерстве плановое УЗИ выполняется в сроке беременности

- 1) 11-14 нед
- 2) 22-24 нед
- 3) 30 -32 нед
- 4) 15-17 нед
- 5) верно 1),2),3)

171. Тракции при наложении акушерских щипцов осуществляются

- 1) по прямой линии
- 2) наверх
- 3) по проводной оси таза в соответствии с биомеханизмом родов в зависимости от уровня нахождения головки
- 4) вниз
- 5) из стороны в сторону

172. Принципы ведения беременных с артериальной гипертензией

- 1) 3-х кратная госпитализация в стационар
- 2) режим труда и отдыха
- 3) физиотерапевтические процедуры
- 4) лекарственные средства
- 5) все перечисленное

173. Заболевания, протекающие с повышением артериального давления

- 1) заболевания почек
- 2) болезни сердца, крупных артериальных сосудов
- 3) эндокринные заболевания
- 4) поражения ЦНС
- 5) все перечисленное

174. В I триместре физиологической беременности кратность посещений женской консультации составляет

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в месяц
- 3) 1 раз в месяц
- 4) 3 раза в месяц
- 5) по назначению врача

175. Средняя продолжительность периода изгнания у повторнородящих

- 1) 30 минут
- 2) 15-30 минут
- 3) 1,5 часа
- 4) 45-60 минут
- 5) 10-15 минут

176. Ведущими звеньями патогенеза преэклампсии являются все, кроме

- 1) генерализованного спазма сосудов
- 2) гиперволемии
- 3) изменения реологических и коагуляционных свойств крови
- 4) нарушения микроциркуляции и водно-солевого обмена
- 5) гипоперфузии тканей, ишемических и некротических изменений в тканях жизненно важных органов с нарушением их функции

177. Критериями отмены магниальной терапии при преэклампсии после родоразрешения являются

- 1) отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертонус, судорожная готовность)
- 2) нормализация АД (диастолическое АД меньше 90 мм рт.ст.)
- 3) нормализация диуреза (больше 50 мл в час)
- 4) устранение гипокоагуляции
- 5) верно 1),2),3)

178. Способом передачи цитомегаловирусной инфекции является

- 2) контактно-бытовой путь
- 3) воздушно-капельный путь
- 4) парентеральный, вертикальный (трансплацентарно), горизонтальный (в родах)
- 5) половой путь
- 6) верно все перечисленное

179. Прерывание беременности по медицинским показаниям выполняется при сроке беременности до

- 1) 36 нед
- 2) 22 нед
- 3) независимо от срока беременности
- 4) 37 нед
- 5) 28 нед

180. Анестезиологическое пособие при кесаревом сечении

- 1) эндотрахеальный наркоз
- 2) региональная анестезия
- 3) местное обезболивание
- 4) рауш-наркоз
- 5) верно 1),2)

181. Замедление сердечного ритма называется

- 1) базальная частота
- 2) амплитуда variability базального ритма
- 3) акцелерация
- 4) децелерация
- 5) частота variability базального ритма

182. Особенности течения родов при многоплодии

- 1) часто наблюдается несвоевременное (раннее или преждевременное) излитие околоплодных вод
- 2) слабость родовой деятельности (слабость схваток, потуг)
- 3) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты после рождения первого плода
- 4) большинство родов наступает преждевременно
- 5) верно все перечисленное

183. Для лечения неполного аборта необходимо проведение

- 1) выскабливания полости матки
- 2) антибактериальной терапии
- 3) гемостатической терапии
- 4) спазмолитической терапии
- 5) верно 1),2),3)

184. Основными причинами высокого прямого стояния стреловидного шва являются

- 1) изменение формы таза (поперечно суженный таз)
- 2) изменение формы головки плода (выраженная брахицефалия)
- 3) тяжелая преэклампсия
- 4) полное предлежание плаценты
- 5) верно 1),2)

185. При наружном акушерском исследовании в случае поперечного положения плода определяют

- 1) поперечно-овальную форму матки
- 2) высота стояния дна матки ниже соответствующего срока беременности
- 3) в боковых отделах матки обнаруживают крупные части
- 4) отсутствие предлежащей части
- 5) верно все перечисленное

186. По времени возникновения послеродовые кровотечения делятся на

- 1) раннее
- 2) отсроченное
- 3) позднее
- 4) временное
- 5) верно 1),3)

187. Тактика врача при кровотечении, возникшем на вторые сутки после родов, связанном с задержкой доли плаценты будет включать все, кроме

- 1) проведение УЗИ
- 2) ручной контроль полости матки
- 3) выскабливание послеродовой матки
- 4) назначение утеротонических средств
- 5) проведение инфузионно-трансфузионной терапии

188. Инсулинонезависимый сахарный диабет - это

- 1) сахарный диабет I типа
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) гестационный сахарный диабет
- 4) несахарный диабет
- 5) латентный сахарный диабет

189. Уровень гемоглобина при анемии легкой степени тяжести

- 1) 120-110 г на л
- 2) 110-100 г на л
- 3) 100-91 г на л
- 4) правильно 1),2)
- 5) правильно 2),3)

190. Средняя продолжительность периода изгнания у первородящих

- 1) 30 минут
- 2) 15-30 минут
- 3) 1,5 часа
- 4) 45-60 минут
- 5) 10-15 минут

191. Терапия преэклампсии направлена на

- 1) создание лечебно-охранительного режима
- 2) устранение сосудистого спазма и снижение АД
- 3) улучшение реологических свойств крови и нормализацию системы гемостаза
- 4) поддержание функции жизненно важных органов
- 5) верно все перечисленное

192. Тактика ведения беременных при первичном инфицировании краснухой

- 1) прерывание беременности в любом сроке, если инфицирование произошло в период до 12 недель
- 2) представляет определённую трудность т.к. нет достоверных методов диагностики, чтобы доказать инфицированность
- 3) немедленная госпитализация в инфекционное отделение
- 4) антибактериальная терапия
- 5) консультации по поводу прерывания беременности, необходимы только если срок более 30 недель

193. Препарат для прерывания беременности лекарственным методом

- 1) мифепрестон
- 2) энзапрост
- 3) окситоцин
- 4) дюфастон
- 5) верно 2),3)
- 6)

194. Осложнением многоводия является

- 1) неправильное предлежание плода
- 2) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты+
- 3) выпадение петель пуповины
- 4) послеродовые кровотечения
- 5) верно все перечисленное

195. Для начавшегося самопроизвольного выкидыша верно все, кроме

- 1) размеры матки соответствуют сроку беременности
- 2) шейка матки сохранена или слегка укорочена, цервикальный канал закрыт или слегка приоткрыт
- 3) незначительные или умеренные кровянистые выделения из половых путей
- 4) боли ослабевают или полностью прекращаются
- 5) плодное яйцо частично отслоено, но находится в полости матки

196. Ведущей точкой в биомеханизме родов при лобном вставлении является

- 1) большой родничок
- 2) середина расстояния между большим и малым родничком
- 3) центр лба (середина лобного шва)
- 4) корень носа
- 5) подбородок

197. Поперечным положением плода называется такая клиническая ситуация, при которой

- 1) ось плода пересекает ось матки под острым углом, а крупные части плода расположены выше гребня подвздошной кости
- 2) ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза
- 3) ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребня подвздошной кости
- 4) ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза
- 5) ось плода совпадает с осью матки, а нижерасположенная крупная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза

198. При наружном акушерском исследовании в случае поперечного положения плода определяют

- 1) поперечно-овальную форму матки
- 2) высота стояния дна матки ниже соответствующего срока беременности
- 3) в боковых отделах матки обнаруживают крупные части
- 4) отсутствие предлежащей части
- 5) верно все перечисленное

199. Предрасполагающими факторами развития послеродовых инфекций являются

- 1) кровопотеря в родах
- 2) истощение
- 3) анемия
- 4) хронические заболевания
- 5) все перечисленное

200. При амниоскопии на фоне перенесенной беременности выявляется следующее

- 1) уменьшение количества околоплодных вод
- 2) снижение прозрачности околоплодных вод
- 3) изменение цвета околоплодных вод (мутные или зеленые)
- 4) отсутствие хлопьев сыровидной смазки
- 5) верно все перечисленное

201. К причинам, вызывающим кровотечение в послеродовом периоде относят

- 1) тяжелая преэклампсия, гипертоническая болезнь
- 2) функциональная неполноценность матки (перерастяжение матки вследствие многоводия, крупного плода, многоплодной беременности)
- 3) анатомическая неполноценность матки (пороки развития матки, рубцы на матке, многократные аборт)
- 4) аномалии родовой деятельности
- 5) верно все перечисленное

202. Осложнениями послеродовых кровотечений являются

- 1) геморрагический шок, ДВС-синдром
- 2) полиорганная недостаточность
- 3) синдром Шихана
- 4) летальный исход
- 5) верно все перечисленное

203. Предрасполагающие факторы предлежания плаценты

- 1) повторнородящие
- 2) миома матки
- 3) генитальный инфантилизм
- 4) многократные аборт
- 5) верно все перечисленное

204. Клинические проявления преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты зависят от

- 1) площади отслоения плаценты
- 2) скорости кровотечения
- 3) реакции организма женщины на кровопотерю
- 4) величины кровопотери
- 5) верно все перечисленное

205. Шоковый индекс – это

- 1) отношение частоты пульса к величине систолического АД
- 2) отношение частоты пульса к величине диастолического АД
- 3) отношение частоты пульса к частоте дыхательных движений
- 4) отношение величины систолического АД к частоте пульса
- 5) ничего из вышеперечисленного

206. Объективное исследование беременной или роженицы начинается с:

- 1) пальпации живота
- 2) аускультации живота
- 3) измерения окружности таза
- 4) объективного обследования по системам

207. Положение плода -это:

- 1) отношение спинки плода к сагиттальной плоскости
- 2) отношение спинки плода к фронтальной плоскости
- 3) отношение оси плода к длиннику матки
- 4) взаимоотношение различных частей плода

208. Правильным является членорасположение, когда:

- 1) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
- 2) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
- 3) головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
- 4) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах

209. Правильным положением плода считается:

- 1) продольное
- 2) косое
- 3) поперечное с головкой плода, обращенной влево
- 4) поперечное с головкой плода, обращенной вправо

210. Позиция плода при поперечном положении определяется расположению:

- 1) спинки
- 2) головки
- 3) мелких частей
- 4) тазового конца

211. Предлежание плода - это отношение:

- 1) головки плода ко входу в таз
- 2) тазового конца плода ко входу в малый таз
- 3) наиболее низколежащей части плода ко входу в таз
- 4) головки плода ко дну матки

212. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- 1) позиция плода
- 2) вид плода
- 3) высота стояния дна матки
- 4) предлежащая часть

213. Окружность живота измеряется:

- 1) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
- 2) на уровне пупка
- 3) на 3 поперечных пальца ниже пупка
- 4) на 2 поперечных пальца выше пупка

214. Истинная конъюгата — это расстояние между:

- 1) серединой верхнего края лонного сочленения и мысом
- 2) наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом
- 3) нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса
- 4) гребнями подвздошных костей

215. Достоверным признаком беременности является:

- 1) отсутствие менструации
- 2) увеличение размеров матки
- 3) диспепсические нарушения
- 4) наличие плода в матке
- 5) увеличение живота

216. Тяжесть токсикоза 1-й половины беременности характеризуется:

- 1) потерей массы тела
- 2) ацетонурией
- 3) субфебрилитетом
- 4) головной болью
- 5) болями внизу живота

217. При оценке состояния новорожденного не учитывается:

- 1) сердцебиение
- 2) дыхание
- 3) состояние зрачков
- 4) мышечный тонус
- 5) цвет кожи

218. Наиболее характерным для преэклампсии признаком является:

- 1) отеки голеней
- 2) альбуминурия
- 3) субъективные жалобы
- 4) развитие во второй половине беременности

219. Классификация осложнений второй половины беременности, сопровождающихся гипертензией и протеинурией включает:

- 1) умеренную преэклампсию
- 2) тяжелую преэклампсию
- 3) эклампсию
- 4) гипертензия беременных
- 5) все вышеперечисленное

220. Признаками эклампсии являются:

- 1) гипертензия
- 2) альбуминурия и отеки
- 3) диарея
- 4) судороги и кома

221. Диагональная конъюгата - это расстояние между:

- 1) нижним краем симфиза и мысом
- 2) седалищными буграми
- 3) гребнями подвздошных костей
- 4) большими вертелами бедренных костей

222. Истинная конъюгата равна (см):

- 1) 11
- 2) 13
- 3) 9
- 4) 20

223. Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности не предполагает:

- 1) определения положения, позиции, размера плода
- 2) анатомической оценки таза
- 3) определения срока беременности
- 4) функциональной оценки таза
- 5) оценки частоты и ритма сердцебиения плода

224. Характерным признаком тотального плотного прикрепления плаценты является:

- 1) боль в животе
- 2) кровотечение
- 3) высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
- 4) отсутствие признаков отделения плаценты

225. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

- 1) формированием матки Кювельера
- 2) интранатальной гибелью плода
- 3) развитием ДВС-синдрома
- 4) геморрагическим шоком
- 5) всем вышеперечисленным

226. При кровотечении в 3-м периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:

- 1) провести наружный массаж матки
- 2) ручное отделение плаценты

- 3) выделить послед наружными приемами
- 4) ввести сокращающие матку средства
- 5) положить лед на низ живота

227. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве включают:

- 1) местный гемостаз
- 2) борьбу с нарушением свертываемости крови
- 3) инфузионно-трансфузионную терапию
- 4) профилактику почечной недостаточности
- 5) все вышеперечисленное

228. К способам выделения из матки неотделившегося последа относят:

- 1) метод Абуладзе
- 2) потягивание за пуповину
- 3) метод Креде-Лазаревича
- 4) ручное отделение и выделение последа

229. Для оценки состояния плода применяется:

- 1) аускультация
- 2) кардиотокография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) все вышеперечисленное

230. УЗИ -исследование в акушерстве позволяет определить:

- 1) расположение плаценты и ее патологию
- 2) состояние плода
- 3) неразвивающуюся беременность
- 4) генетические заболевания плода
- 5) все вышеперечисленное

231. Признаком развившейся родовой деятельности не является:

- 1) излитие вод
- 2) нарастающие боли в животе
- 3) увеличивающаяся частота схваток
- 4) укорочение и раскрытие шейки матки
- 5) боли в надлобковой и поясничной областях

232. Гормоном, не продуцируемым плацентой, является:

- 1) эстроген
- 2) прогестерон
- 3) ХГ
- 4) ФСГ
- 5) все вышеперечисленные

233. Причиной аборта может быть:

- 1) инфекция
- 2) цервикальная недостаточность
- 3) травма
- 4) ионизирующее облучение
- 5) все вышеперечисленное

234. Предлежание плаценты можно предполагать в случае:

- 1) дородового излития вод
- 2) если при пальпации неясна предлежащая часть плода
- 3) несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности
- 4) кровяных выделений из половых путей
- 5) острой боли в животе

235. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

- 1) тяжелая преэклампсия
- 2) травма живота
- 3) перенашивание беременности
- 4) многоводие, многоплодие
- 5) короткая пуповина

236. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

- 1) внезапность возникновения
- 2) повторяемость
- 3) безболезненность
- 4) различная интенсивность

5) все вышеперечисленное

237. Наиболее частой причиной возникновения предлежания плаценты являются:

- 1) аномалии развития матки
- 2) воспалительные процессы гениталий
- 3) миома матки
- 4) эндометриоз
- 5) аборты

238. Начавшийся аборт характеризуется:

- 1) болями внизу живота
- 2) кровянистыми выделениями
- 3) признаками размягчения и укорочения шейки матки
- 4) отхождением элементов плодного яйца
- 5) изменением размеров матки

239. Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:

- 1) нерегулярными схватками
- 2) схватками различной интенсивности
- 3) болезненными схватками
- 4) плохой динамикой раскрытия шейки матки
- 5) всем вышеперечисленным

240. Возникновению клинически узкого таза способствует:

- 1) крупный плод
- 2) переношенная беременность
- 3) неправильное вставление головки
- 4) все вышеперечисленное

241. Наиболее частой формой послеродовой инфекции является:

- 1) мастит
- 2) тромбофлебит
- 3) эндометрит
- 4) септический шок
- 5) перитонит

242. Критерием тяжести преэклампсии не является:

- 1) длительность заболевания
- 2) наличие сопутствующих соматических заболеваний
- 3) количество околоплодных вод
- 4) неэффективность проводимой терапии
- синдром задержки роста плода

243. Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери является:

- 1) положительный признак Вастена
- 2) задержка мочеиспускания
- 3) отек шейки матки и наружных половых органов
- 4) отсутствие поступательного движения головки при хорошей родовой деятельности
- 5) все вышеперечисленное

244. В лечении послеродового эндометрита не применяются:

- 1) антибиотики
- 2) аспирация содержимого полости матки
- 3) инфузионная терапия
- 4) эстроген-гестагенные препараты

245. Показанием к срочному родоразрешению при тяжелых формах преэклампсии является:

- 1) длительное течение и неэффективность терапии
- 2) олигурия
- 3) синдром задержки роста плода
- 4) полиурия
- 5) головная боль

246. Факторами, предрасполагающими к преэклампсии, являются:

- 1) заболевания почек
- 2) многоплодная беременность
- 3) эндокринная патология
- 4) гипертоническая болезнь
- 5) все выше перечисленные

247. Дифференциальный диагноз при эклампсии проводится:

- 1) с эпилепсией
- 2) с истерией
- 3) с гипертоническим кризом
- 4) с менингитом
- 5) со всем вышеперечисленным

248. Наиболее частой методикой операции кесарева сечения (КС) является:

- 1) корпоральное КС
- 2) экстраперитонеальное КС
- 3) истмико-корпоральное (продольным разрезом) КС
- 4) КС в нижнем маточном сегменте (поперечным разрезом)
- 5) влагалищное КС

249. Что относится к генерализованным послеродовым септическим заболеваниям?

- 1) Бактериально-токсический шок.
- 2) Разлитой перитонит.
- 3) Сепсис.
- 4) Прогрессирующий тазовый тромбофлебит.
- 5) Параметрит.

250. Какой таз называется простым плоским?

- 1) Таз, у которого истинная конъюгата уменьшена.
- 2) Таз, у которого уменьшен прямой размер выхода.
- 3) Таз, прямые размеры которого уменьшены во всех плоскостях.
- 4) Таз, поперечные размеры которого уменьшены во всех плоскостях.
- 5) Таз, у которого уменьшен прямой размер плоскости узкой части.

251. Типичную триаду симптомов преэклампсии впервые описал?

- 1) Вербов.
- 2) Бандаль.
- 3) Цангенмейстер.
- 4) Вастен.
- 5) Спасокукотский.

252. Укажите наиболее часто встречающуюся форму узкого таза:

- 1) Андронидный.
- 2) Общеравномерносуженный.
- 3) Плоскорихитический.
- 4) Спондиллолитический.
- 5) Кососмещенный.

253. Для преэклампсии характерны все следующие признаки кроме:

- 1) Повышение АД.
- 2) Слюнотечение.
- 3) Протеинурия.
- 4) Отеки нижних конечностей.
- 5) Патологическая прибавка массы тела.

254. Невынашивание ...

- 1) Прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель.
- 2) Характерно для первобеременных.
- 3) Чаще наблюдается во II триместре беременности.
- 4) Не требует лечение вне беременности

255. Инфузионная терапия при тяжелых формах позднего токсикоза предполагает:

- 1) уменьшение гиповолемии
- 2) улучшение реологических свойств крови
- 3) нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах
- 4) лечение гипоксии плода
- 5) все вышеперечисленное

256. При эндометрите не имеет место:

- 1) субинволюция матки
- 2) болезненность при пальпации
- 3) сукровично-гнойные выделения
- 4) серозно-слизистые выделения
- 5) снижение тонуса матки

257. Развитие полного разрыва матки обычно сопровождается:

- 1) прекращением родовой деятельности

- 2) исчезновением сердцебиения плода, уменьшением болей
- 3) преждевременным излитием околоплодных вод
- 4) развитием слабости, головокружения, тошноты
- 5) всем вышеперечисленным.

258. Для лактостаза характерно:

- 1) значительное нагрубание молочных желез
- 2) умеренное нагрубание молочных желез
- 3) температура тела 40 гр., озноб
- 4) свободное отделение молока
- 5) повышение артериального давления

259. Развитие разрыва по старому рубцу:

- 1) сопровождается ярко выраженным болевым синдромом
- 2) нередко диагностируются после родов
- 3) проявляется нарушением состояния плода
- 4) верно 2, 3, 5
- 5) протекает без обильного кровотечения.

260. Причина разрыва матки во время беременности:

- 1) клинически узкий таз
- 2) анатомически узкий таз
- 3) крупный плод
- 4) несостоятельность рубца на матке

261. Как изменяется проницаемость сосудистой стенки при преэклампсии?

- 1) Резко увеличивается.
- 2) Незначительно увеличивается.
- 3) Незначительно уменьшается.
- 4) Не изменяется.
- Резко уменьшается.

262. Каким размером происходит вставление головки плода при лицевом предлежании?

- 1) Малым косым
- 2) Вертикальным
- 3) Большим косым
- 4) Прямым
- 5) Средним косым

263. Какой фактор является ведущим в этиологии аборта в ранние сроки беременности (до 6 недель)?

- 1) Хромосомные нарушения
- 2) Плацентарная недостаточность
- 3) Истмико-цервикальная недостаточность
- 4) Инфекционные заболевания
- 5) Стресс

264. Какой симптом является наиболее грозным при тяжелой форме преэклампсии беременных?

- 1) Тахикардия.
- 2) Высокая ацетонурия.
- 3) Снижение суточного диуреза.
- 4) Сухость кожных покровов.
- 5) Бактериурия.

265. Создание лечебно-охранительного режима для лечения преэклампсии впервые предложил:

- 1) Цангенмейстер.
- 2) Цовьянов.
- 3) Строганов.
- 4) Лазаревич.
- 5) Пискачек

266. Какой таз называется общеравномерносуженным?

- 1) Таз, все размеры которого уменьшены равномерно.
- 2) Таз, все прямые размеры которого уменьшены равномерно.
- 3) Таз, у которого все размеры плоскости входа уменьшены равномерно.
- 4) Таз, у которого все размеры плоскости выхода уменьшены равномерно.
- 5) Таз, у которого все поперечные размеры уменьшены равномерно.

267. Укажите размеры поперечносуженного таза:

- 1) 25,28,30,20
- 2) 23,25,28,20

- 3) 23,25,28,18
- 4) 27,28,30,18
- 5) 25,28,30,18

268. Показаниями для досрочного родоразрешения при преэклампсии являются все кроме:

- 1) Нарастающая гипоксия плода.
- 2) Синдром задержки развития плода.
- 3) Многоводие.
- 4) Тяжелая преэклампсия.
- 5) Отсутствие эффекта от проводимой интенсивной терапии.

269. Какая картина глазного дна более всего соответствует тяжелой преэклампсии?

- 1) Отслойка сетчатки.
- 2) Спазм артерий и расширение вен.
- 3) Мелкоточечные кровоизлияния, спазм артерий, отек сетчатки.
- 4) Нарушение цветоощущения.
- 5) Отсутствие изменений.

270. Для лечения трихомониаза у беременных можно использовать:

- 1) Производные метронидазола после 20 нед. беременности.
- 2) Местное лечение осаролом.
- 3) Местное лечение препаратом «Клион-Д»
- 4) Правильно А и В.
- 5) Все перечисленное.

271. подъязычная кость является точкой фиксации в родах при...

- 1) переднем виде затылочного вставления
- 2) лобном вставлении
- 3) лицевом вставлении переднеголовном вставлении заднем виде затылочного вставления
- 4) переднеголовном вставлении
- 5) заднем виде затылочного вставления

272. профилактика кровотечения в 3-м и раннем послеродовом периодах проводится...

- 1) подкожным введением 1 мл маммофизина в конце 1-го периода родов
- 2) в/м введением 1 мл окситоцина в конце 2-го периода родов
- 3) в/в введением 1 мл метилэргометрина в момент прорезывания головки
- 4) в/м введением 1 мл метилэргометрина при прорезывании головки
- 5) в/м введением 1 мл гифотоцина после рождения плода

273. с целью снижения артериального давления во 2-ом периоде родов у рожениц с преэклампсией рационально применять

- 1) в/в сульфат магния
- 2) магниезальную терапию по Бровкину
- 3) в/в арфонад, гироний, пентамин
- 4) в/м дибазол, папаверин, эуфиллин
- 5) в/м ганглерон, галидор, димеколин

274. полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит на...

- 1) 10-15 день
- 2) 2-3 неделе
- 3) 4-5 неделе
- 4) 6-8 неделе
- 5) 8-10 неделе

275. Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла асимметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в полости малого таза. Ваша тактика:

- 1) срочно приступить к операции кесарева сечения
- 2) вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы
- 3) вскрыть плодный пузырь
- 4) провести лечение острой гипоксии плода
- 5) провести стимуляцию родовой деятельности

276. Повторнобеременная со сроком беременности 32 недели поступила в отделение патологии беременности. Поперечное положение плода. Жалобы на тянущие боли внизу живота. Матка возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд./мин. При влагалищном исследовании: шейка матки слегка укорочена, цервикальный канал пропускает кончик пальца, предлежащая часть не определяется. Акушерская тактика:

- 1) кесарево сечение

- 2) наружный поворот плода
- 3) мероприятия, направленные на сохранение беременности
- 4) родовозбуждение с последующим наружно-внутренним поворотом плода и экстракцией
- 5) амниотомия

277. Наиболее частая причина самопроизвольного аборта в ранние сроки:

- 1) несовместимость по Rh-фактору
- 2) поднятие тяжести, травма
- 3) хромосомные аномалии
- 4) инфекции
- 5) истмикоцервикальная недостаточность

278. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

- 1) наличие регулярных схваток
- 2) болезненные схватки
- 3) недостаточное продвижение предлежащей части
- 4) недостаточная динамика раскрытия шейки матки
- 5) запоздалое излитие околоплодных вод

279. Наиболее частая причина желтухи новорожденных на 2-й - 3-й день:

- 1) несовместимость групп крови
- 2) физиологическая желтуха
- 3) септицемия
- 4) сифилис
- 5) лекарственные препараты

280. На развитие гестационного пиелонефрита не влияет:

- 1) инфицирование организма
- 2) изменение гормонального баланса
- 3) давление матки и варикозно расширенных вен на мочеточник
- 4) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- 5) ранний токсикоз

281. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве включают:

- 1) местный гемостаз
- 2) борьбу с нарушением свертываемости крови
- 3) инфузионно-трансфузионную терапию
- 4) профилактику почечной недостаточности
- 5) все вышеперечисленное

282. Наименьшим размером малого таза является...

- 1) Прямой размер плоскости входа в малый таз
- 2) Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
- 3) Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
- 4) Поперечный размер выхода из полости малого таза
- 5) Косые размеры плоскости входа в малый таз

283. Особенностью биомеханизма родов при переднеголовном вставлении является...

- 1) усиленное сгибание головки во входе в малый таз
- 2) переход плода в передний вид
- 3) прорезывание головки окружностью, соответствующей прямому размеру
- 4) рождение головки в сгибании
- 5) формирование родовой опухоли в области большого родничка

284. Перво- и повторнобеременные начинают ощущать шевеления плода соответственно с...

- 1) 16 и 18 недель
- 2) 18 и 16 недель
- 3) 20 и 18 недель
- 4) 22 и 20 недель
- 5) 24 и 22 недель

285. Сернокислая магнезия при лечении беременных с тяжелой преэклампсией применяют в дозе по...

- 1) 1 мл 25 %-ного раствора внутримышечно 1-2 раза в день
- 2) 5 мл 25 %-ного раствора 3-4 раза в день, внутримышечно
- 3) С учетом среднего АД
- 4) 15 мл 25 %-ного раствора внутримышечно 3-4 раза в день
- 5) 10 мл 25 %-ного раствора внутримышечно 1-2 раза в день

286. При обнаружении матки Кювелера следует...

- 1) произвести перевязку сосудов матки по методу Цицишвили

- 2) произвести надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки
- 3) ввести сокращающие матку средства
- 4) произвести выскабливание стенок полости матки кюреткой
- 5) при массивном кровотечении произвести удаление матки, при отсутствии кровотечения применить утеротонические и гемостатические средства

287. Если в течение 30 минут нет признаков отделения плаценты, следует...

- 1) приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа
- 2) воспользоваться ультразвуковой диагностикой
- 3) применить прием Креле-Лазаревича
- 4) выделить послед по способу Абуладзе
- 5) произвести наружный массаж матки

288. Первая плановая госпитализация беременной с заболеванием сердечно-сосудистой системы показана при...

- 1) сроке беременности до 12 недель
- 2) ухудшении состояния
- 3) присоединении акушерской патологии
- 4) сроке беременности 28-32 недели
- 5) появлении признаков недостаточности кровообращения

289. Невынашивание...

- 1) это прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель
- 2) включает все случаи антенатальной и интранатальной гибели плодов
- 3) характерно для первобеременных
- 4) чаще наблюдается во втором триместре беременности
- 5) не требует лечения вне беременности

290. Достоверным признаком беременности является:

- 1) отсутствие менструации
- 2) увеличение размеров матки
- 3) диспепсические нарушения
- 4) наличие плода в матке
- 5) увеличение живота

291. К способам выделения из матки неотделившегося последа относят:

- 1) метод Абуладзе
- 2) потягивание за пуповину
- 3) метод Креле-Лазаревича
- 4) ручное отделение и выделение последа

292. Для оценки состояния плода применяется:

- 1) аускультация
- 2) кардиотокография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) все вышеперечисленное

293. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:

- 1) геометрически правильного ромба
- 2) треугольника
- 3) неправильного четырехугольника
- 4) четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении

294. Головное предлежание плода при физиологических родах:

- 1) передне-головное
- 2) затылочное
- 3) лобное
- 4) лицевое

295. Беременная 26 лет поступила в роддом с отошедшими околоплодными водами и первичной слабостью родовой деятельности, по поводу чего проводилась стимуляция окситоцином. Через 10 минут от начала потуг изменилось сердцебиение плода, оно стало редким (100-90 уд./мин), глухим и аритмичным. При осмотре: открытие шейки полное, головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди. Ваша тактика:

- 1) наложить акушерские щипцы
- 2) кесарево сечение
- 3) провести профилактику начавшейся асфиксии плода
- 4) вакуум-экстракцию
- 5) краниотомию

296. Инфузионная терапия при тяжелых формах позднего токсикоза предполагает:

- 1) уменьшение гиповолемии
- 2) улучшение реологических свойств крови

- 3) нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах
- 4) лечение гипоксии плода
- 5) все вышеперечисленное

297. После завершения внутреннего поворота головки...

- 1) стреловидный шов устанавливается в поперечном размере входа в малый таз
- 2) стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода из малого таза
- 3) затылок всегда обращен кпереди
- 4) всегда следует разгибание
- 5) всегда следует сгибание и разгибание

298. Началом родов следует считать...

- 1) излитие околоплодных вод
- 2) продвижение плода по родовым путям
- 3) появление схваток с периодичностью 15-20 мин
- 4) вставление головки
- 5) появление регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки

299. Способ Абуладзе применяется при...

- 1) отсутствии признаков отделения плаценты в течение 2 часов
- 2) отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 минут
- 3) появлении кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты
- 4) наличии признаков отделения плаценты для выделения последа
- 5) задержке отделения доли плаценты

300. Что называется преждевременным излитием околоплодных вод?

- 1) излитие вод с началом родовой деятельности.
- 2) излитие вод при раскрытии шейки матки на 4-5 см.
- 3) излитие вод до начала родовой деятельности.
- 4) излитие вод при полном или почти полном раскрытии шейки матки.
- 5) излитие вод после полного раскрытия шейки матки.