

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.1)**

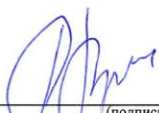
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.01 «Акушерство и гинекология»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор
(должность, ученое звание, степень)

Доцент кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Рухляда Н.Н.
(расшифровка)

Прохорович Т.А.
(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Акушерства и гинекологии

название кафедры

« 27 » 08

2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

Д.м.н., профессор
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Акушерства и гинекологии

название кафедры

Рухляда Н.Н.
(расшифровка)

1. Требования к результатам освоения программы практики (базовая часть)

В результате освоения программы практики ординатор должен

Знать:

- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению
- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»
- Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»
- Клинические рекомендации при оказании медицинской помощи
- Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей
- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы
- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей
- Методика сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания у пациентов (их законных представителей) в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Методика осмотра и медицинских обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями
- Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период
- Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика неотложных состояний у новорожденных
- Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики гинекологических заболеваний

- Этиология, патогенез, классификация, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии
- Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики заболеваний молочных желез
- Медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза
- Медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез
- Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез и других болезней и (или) состояний
- МКБ
- Медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности
- Принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов
- Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

Уметь:

- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей)
 - Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
 - Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, в том числе в период беременности, родов и в послеродовой период
 - Применять методы осмотра и медицинских обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей:
- аускультация плода с помощью стетоскопа, ручного доплеровского устройства;

- бимануальное влагалищное исследование;
 - визуальное исследование и пальпация молочных желез;
 - визуальный осмотр наружных половых органов;
 - измерение окружности живота, высоты дна матки, размеров таза;
 - кардиотокографию плода (далее – КТГ);
 - контроль шевелений плода во время беременности;
 - определение срока беременности;
 - осмотр шейки матки в зеркалах;
 - оценку зрелости шейки матки по шкале Bishop;
 - оценку менструального календаря;
 - оценку состояния пациентки;
 - оценку степени развития молочных желез (В 1–5) и полового оволосения (Р1–5,6) по Таннеру;
 - пальпацию плода, определение положения, вида, позиции и предлежащей части плода;
 - получение влагалищного мазка, соскоба вульвы и соскоба с шейки матки;
 - физикальное исследование различных органов и систем
- Интерпретировать и анализировать результаты осмотров и медицинских обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с установлением предварительного диагноза
 - Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи
 - Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
 - Обеспечивать оптимальный выбор принципов подготовки к планируемой беременности, принципов ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями
 - Обосновывать, планировать объем и назначать инструментальные обследования пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи
 - Выполнять инструментальные обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи:

- амниоцентез;
- биопсию вульвы/влагалища;
- биопсию шейки матки;
- биопсию эндометрия (цуг, пайпель);
- биопсию хориона/плаценты;
- вакуум-аспирацию эндометрия;
- гистероскопию;
- зондирование матки;
- кольпоскопию/вагиноскопию/вульвоскопию;
- контрастную эхогистеросальпингоскопию;
- раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (далее – РДВ)
- Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез:
 - амниоскопии;
 - гистеросальпингографии;
 - гистероскопии;
 - кольпоскопии/вагиноскопии/вульвоскопии;
 - компьютерной томографии (далее – КТ) органов малого таза, в том числе с контрастированием;
 - контрастной эхогистеросальпингоскопии;
 - КТГ плода;
 - магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ) органов малого таза, в том числе с внутривенным контрастированием;
 - маммографии;
 - ультразвукового исследования (далее –УЗИ) органов малого таза;
 - УЗИ органов брюшной полости;
 - УЗИ почек и мочевыводящих путей;
 - УЗИ молочных желез;
 - УЗИ плода и плаценты;
 - УЗИ-цервикометрии;
 - ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока
- Обеспечивать безопасность инструментальных обследований в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате инструментальных обследований
- Определять показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания

медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи

- Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования врачами-специалистами пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ
- Проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез
- Устанавливать диагноз в соответствии с МКБ пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Определять медицинские показания и направлять пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Владеть навыками:

- Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей)
- Интерпретация информации, полученной от пациентов (их законных представителей) в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Осмотр и медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи
- Направление пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и

инструментальные обследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи

- Выполнение и обеспечение безопасности диагностических манипуляций пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи
- Интерпретация результатов осмотра и медицинского обследования, лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Направление пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи
- Направление пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, в условиях стационара или дневного стационара при наличии медицинских показаний
- Обеспечение оптимального выбора принципов подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями
- Установление диагноза пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ)
- Дифференциальная диагностика акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез
- Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный

Профессиональные компетенции			
2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Текущий Промежуточный
4	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Текущий Промежуточный
5	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Текущий Промежуточный
6	ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	Текущий Промежуточный
7	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Текущий Промежуточный
8	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Текущий Промежуточный
9	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Текущий Промежуточный

3. Соответствие формируемых компетенций задачам освоения программы практики (базовая часть)

Компетенции	Результаты освоения программы практики (базовая часть)				
	Обследование беременных и гинекологических больных.	Назначение лечения беременным и гинекологическим больным в соответствии с протоколами.	Назначение реабилитационных мероприятий в соответствии с программой реабилитации.	Назначение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	Ведение медицинской документации, проведение анализа медико-статистической информации, организация
УК-1	+	+	+	+	+
ПК-1				+	
ПК-2	+		+	+	+
ПК-3				+	+
ПК-5	+		+	+	
ПК-6		+		+	+
ПК-7	+				
ПК-8			+		+
ПК-9			+	+	+

4. Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики (базовая часть)

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-1000	1-149	1-39	1-47
2.	ПК-1	1-1000	1-149	1-39	1-47
3.	ПК-2	1-1000	1-149	1-39	1-47
4.	ПК-3	1-1000	1-149	1-39	1-47
5.	ПК-5	1-1000	1-149	1-39	1-47
6.	ПК-6	1-1000	1-149	1-39	1-47
7.	ПК-7	1-1000	1-149	1-39	1-47
8.	ПК-8	1-1000	1-149	1-39	1-47
9.	ПК-9	1-1000	1-149	1-39	1-47

Вопросы для устного собеседования

1. Н.Максимович-Амбодик и его роль в развитии отечественного акушерства.
2. История развития отечественного акушерства XIX-XX вв, (Краховский, Снегирев, Отт, Лазаревич, Груздев).

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

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

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

96. Рассечение промежности в родах. Показания. Техника выполнения.
97. Кесарево сечение: показания, условия, противопоказания, осложнения.
98. Кесарево сечение: виды операций. Современные методы производства операций.
99. Ведение беременности и родов при наличии рубца матке после ранее перенесенного кесарева сечения.
100. Акушерские щипцы: показания, условия, Влияние на плод и новорожденного.
101. Вакуум-экстракция плода: показания, условия, Влияние на плод и новорожденного.
102. Операции: ручного отделения и выделения последа, ручное обследование послеродовой матки. Показания, техника выполнения, вид обезболивания.
103. Аномалии развития гениталий у девочек.
104. Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек.
105. Физиология женской репродуктивной системы. Менструальный цикл.
106. Половые гормоны и их влияние на организм женщины.
107. Методы функциональной диагностики, применяемые в гинекологии.
108. Рентгенологические, ультразвуковые методы исследования в гинекологии.
109. Методы обследования гинекологических больных.
110. Особенности гинекологического обследования девочек и подростков.
111. Аменорея. Классификация.
112. Эндоскопические методы диагностики гинекологических заболеваний.
113. Консервативные и хирургические методы лечения женского бесплодия.
114. Аменорея центрального генеза.
115. Неспецифический вульвовагинит.
116. Синдром поликистозных яичников. Клиника, диагностика, лечение.
117. Альгодисменорея. Патогенез. Клиника, диагностика и лечение.
118. Пороки развития половых органов. Классификация непроходимости влагалища и шейки матки. Лечение.
119. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
120. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте. Этиология. Клиника. Лечение.
121. Современные методы контрацепции. Методы подростковой контрацепции.
122. Яичниковая и маточная формы аменореи.
123. Острый сальпингоофорит. Этиология, клиника, лечение.
124. Трихомонадный кольпит. Диагностика. Лечение.
125. Гонорея. Этиология. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение.
126. Бактериальный вагиноз.. Клиника, диагностика, лечение.
127. Пельвиоперитонит. Этиология, клиника, лечение.
128. Туберкулез гениталий. Пути распространения. Клинические формы, диагностика и лечение.
129. Показания к оперативному лечению воспалительных заболеваний гениталий.
130. Эктопическая беременность. Этиопатогенез. Клиническое течение, диагностика и лечение.
131. Опушение и выпадение матки и влагалища. Причины возникновения. Методы оперативного лечения.
132. Разрыв маточной трубы. Неотложная помощь.
133. Травмы половых органов у девочек. Неотложная помощь при инородных телах,
134. Миома матки. Классификация. Методы диагностики и лечения.
135. Миома матки. Неоперативное лечение больных миомой матки. Показания к хирургическому лечению.
136. Эндометриозная болезнь (эндометриоз). Классификация. Клиника и диагностика.
137. Консервативное лечение эндометриоза.
138. Показания к хирургическому лечению эндометриоза.
139. Опухоли яичников. Классификация. Диагностика. Особенности клинического течения

у девочек.

140. Бактериально-токсический (септический) шок в гинекологии. Патогенез, клиника. Основные принципы оказания неотложной помощи.

141. Климатерические расстройства. Посткастрационный и постгистерэктомический синдромы. Роль заместительной гормональной терапии.

142. Рак шейки матки. Классификация.

143. Рак шейки матки. Клиника, диагностика и лечение.

144. Гиперпластические процессы эндометрия. Классификация. Методы диагностики и лечение.

145. Рак эндометрия. Патогенез. Клиника, диагностика и лечение.

146. Рак яичников. Классификация. Методы диагностики и лечения. Профилактика.

147. Особенности клинического течения опухолей яичников у девочек. Современные методы лечения.

148. Бесплодный брак. Диагностика. Лечение женского бесплодия.

149. Вспомогательные репродуктивные технологии. Их место в преодолении бесплодия. Возможные осложнения.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

1. Связь материнского организма и плода осуществляется, в основном, через
 - а) плаценту
 - б) барорецепторы стенки матки
 - в) водные оболочки плода
 - г) децидуальную оболочку матки
2. Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается
 - а) к 16-й неделе беременности
 - б) к 20-й неделе беременности
 - в) к 24-й неделе беременности
 - г) к 28-й неделе беременности
3. Ранняя функция цитотрофобласта, в основном, состоит
 - а) в гистиотрофном питании зародыша
 - б) в продукции гормонов ХГ (хорионического гонадотропина) и ПЛ (плацентарного лактогена)
 - в) в продукции эстрогенов и прогестерона

- г) во всем перечисленном
- 4. Первичные ворсинки хориона образуются чаще всего
 - а) на 1-й неделе беременности
 - б) на 2-й неделе беременности
 - в) на 3-й неделе беременности
 - г) на 4-й неделе беременности
- 5. Вторичные ворсинки хориона, как правило, образуются
 - а) на 1-й неделе беременности
 - б) на 2-й неделе беременности
 - в) на 3-й неделе беременности
 - г) на 4-й неделе беременности
- 6. Третичные ворсинки хориона, как правило, образуются
 - а) на 1-й неделе беременности
 - б) на 2-й неделе беременности
 - в) на 3-й неделе беременности
 - г) на 4-й неделе беременности
- 7. При нарушении маточно-плацентарного кровотока
 - а) в первом триместре беременности, как правило, развивается
 - б) первичная плацентарная недостаточность
 - в) ранний токсикоз беременных
 - г) гипертония беременных
- 8. Основными функциями плаценты являются
 - а) дыхательная
 - б) питательная
 - в) все перечисленные
 - г) гормональная
- 9. Окончательно доказано, что зрелая плацента продуцирует следующие гормоны
 - а) адренокортикостероидные (АКТР)
 - б) тиреотропные (ТТ)
 - в) адренотропные
 - г) все перечисленные
- 10. Эмбриопатией называются заболевания
 - а) возникшее на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
 - б) возникшие в первом триместре беременности
 - в) внутриутробные пороки развития плода
 - г) все перечисленные
- 11. Следующая после имплантации стадия дифференцировки трофобласта - это образование
 - а) первичных ворсин хориона
 - б) морулы
 - в) бластоцисты
 - г) всего перечисленного
- 12. Обмен газами (O_2 и CO_2) между матерью и плодом осуществляется путем
 - а) простой диффузии
 - б) фагоцитоза
 - в) избирательной абсорбции
 - г) пиноцитоза
- 13. Первый триместр беременности называется периодом
 - а) органогенеза
 - б) плацентации
 - в) плодовым
- 14. Эмбриогенез заканчивается
 - а) на 4-й неделе развития плода

- б) на 6-й неделе развития плода
 - в) на 8-й неделе развития плода
 - г) на 10-й неделе развития плода
15. Плацентация начинается
- а) с 3-й недели развития зародыша
 - б) когда сосуды врастают в ворсинки хориона
 - в) когда вторичные ворсинки превращаются в третичные
 - г) верно все перечисленное
16. При беременности водный обмен осуществляется между
- а) плодом и околоплодными водами
 - б) матерью и плодом
 - в) матерью и амниотической жидкостью
 - г) всем перечисленным
17. Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через
- а) плацентарные перегородки
 - б) спиральные артерии
 - в) магистральные сосуды матки
 - г) все перечисленное
18. В системе органов дыхания у беременной женщины наблюдается
- а) гипервентиляция
 - б) снижение парциального давления CO_2 крови
 - в) снижение артерио-венозной разницы в содержании O_2 и CO_2
 - г) все перечисленное
19. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики
- а) возрастает объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40-50%
 - б) увеличивается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30-40%
 - в) отмечается гидремия
 - г) все перечисленные
20. Во время нормальной беременности наблюдаются следующие изменения в углеводном обмене
- а) тенденция к глюкозурии
 - б) усиление клубочковой фильтрации сахара
 - в) снижение чувствительности к инсулину
 - г) все перечисленные
21. Во время нормальной беременности происходят следующие изменения в липидном обмене
- а) нарастает содержание липидов в плазме крови
 - б) снижается уровень незатвердевающих жирных кислот
 - в) снижается содержание липидов в эритроцитах
 - г) все перечисленные
22. Длина плода в 9 см соответствует сроку беременности
- а) 3 мес
 - б) 4 мес
 - в) 5 мес
 - г) 6 мес
23. Длина плода 16 см соответствует сроку беременности
- а) 3 мес
 - б) 4 мес
 - в) 5 мес
 - г) 6 мес
24. Длина плода 25 см соответствует сроку беременности
- а) 3 мес

- б) 4 мес
 - в) 5 мес
 - г) 6 мес
25. Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев
- а) на 5
 - б) на 4
 - в) на 3
 - г) на 2
26. В 24 недели гестационного возраста длина плода равна
- а) 30 см
 - б) 24 см
 - в) 18 см
 - г) 12 см
27. В 28 недель гестационного возраста длина плода равна
- а) 35 см
 - б) 30 см
 - в) 24 см
 - г) 18 см
28. В 32 недели гестационного возраста длина плода равна
- а) 45 см
 - б) 43 см
 - в) 40 см
 - г) 35 см
29. В 36 недель гестационного возраста длина плода равна
- а) 48 см
 - б) 45 см
 - в) 43 см
 - г) 40 см
30. В 40 недель беременности в среднем длина плода, как правило, составляет
- а) 55 см
 - б) 53 см
 - в) 50 см
 - г) 45 см
31. При нормальной беременности в сердечно-сосудистой системе наблюдаются следующие изменения
- а) повышается систолическое давление крови
 - б) повышается диастолическое давление крови
 - в) повышается периферическое сопротивление сосудов
 - г) ничего из перечисленного
32. Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности приходится на срок
- а) 16-20 недель
 - б) 22-24 недели
 - в) 26-36 недель
 - г) 38-40 недель
33. В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения
- а) гипохлоргидрия
 - б) усиление моторной функции желудка
 - в) усиление перистальтики кишечника
 - г) все перечисленные
34. При физиологической беременности в нервной системе наблюдаются следующие изменения
- а) периодические колебания интенсивности нейродинамических процессов

- б) понижение возбудимости коры головного мозга
 - в) повышение возбудимости ретикулярной формации мозга
 - г) все перечисленные
35. В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза
- а) гиперкоагуляция
 - б) гипокоагуляция
 - в) коагулопатия потребления
 - г) активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена
36. Наиболее частыми осложнениями в I триместре беременности являются все перечисленные, кроме
- а) угрозы выкидыша
 - б) раннего токсикоза
 - в) анемии
 - г) нефропатии
37. Если в 10 недель беременности выявлено повышение артериального давления, то, как правило, возможно развитие следующего осложнения
- а) сочетанного гестоза ОПГ
 - б) раннего токсикоза
 - в) анемии беременных
 - г) всего перечисленного
38. Если в 10 недель беременности выявлено отсутствие "пика" выделения ХГ, то возможны следующие осложнения
- а) развитие первичной плацентарной недостаточности
 - б) эмбриопатия
 - в) хромосомные aberrации
 - г) все перечисленные
39. Показатель скорости клубочковой фильтрации почек с 20 недель физиологически развивающейся беременности повышается
- а) на 10%
 - б) на 20%
 - в) на 30%
 - г) на 50%
40. В 28 недель беременности плод имеет массу тела
- а) 500 г
 - б) 800 г
 - в) 1000 г
 - г) 1400 г
41. Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит в срок гестационного возраста
- а) 13-20 недель
 - б) 21-26 недель
 - в) 27-34 недели
 - г) 35-40 недель
42. Генотип плода определяется
- а) набором хромосом (XX или XY)
 - б) особенностью строения внутренних половых органов
 - в) особенностью строения наружных половых органов
 - г) всеми перечисленными факторами
43. Генотип совпадает с фенотипом
- а) всегда
 - б) не всегда

- в) только на ранних стадиях развития
 - г) только после рождения
44. Склонность к отекам нижних конечностей во время беременности обусловлена
- а) снижением осмотического давления в плазме крови
 - б) сдавлением нижней полой вены беременной маткой и повышением венозного давления в нижних конечностях
 - в) задержкой натрия в организме
 - г) всеми перечисленными факторами
45. Наиболее частым осложнением беременности во втором триместре является
- а) преждевременное созревание плаценты
 - б) запоздалое созревание плаценты
 - в) вторичная плацентарная недостаточность
 - г) сочетанные формы гестоза ОПГ
46. Основной причиной развития позднего выкидыша является
- а) истмико-цервикальная недостаточность
 - б) гипоплазия матки
 - в) гиперандрогения
 - г) все перечисленное
47. Медикаментозная профилактика плацентарной недостаточности заключается в использовании всех перечисленных препаратов, кроме
- а) спазмолитиков
 - б) антиагрегантов
 - в) сосудорасширяющих
 - г) антидиуретиков
48. Максимальное растяжение матки происходит при сроке беременности
- а) 20-26 недель
 - б) 27-30 недель
 - в) 31-36 недель
 - г) 37-39 недель
49. При нормально развивающейся беременности в крови матери
- а) увеличивается количество тромбоцитов
 - б) возрастает содержание фибриногена
 - в) повышается вязкость крови
 - г) происходит все перечисленное
50. Различают следующие виды плацентарной недостаточности
- а) первичная
 - б) вторичная
 - в) острая
 - г) хроническая
51. Высота дна матки в 32 недели беременности составляет
- а) 25 см
 - б) 30 см
 - в) 35 см
 - г) 40 см
52. Балльная оценка степени "зрелости" шейки матки предусматривает оценку всех следующих признаков, кроме
- а) симптома "зрачка"
 - б) консистенции влагалищной части шейки матки
 - в) длины шейки
 - г) проходимости шеечного канала
53. Для "зрелой" шейки матки характерно все перечисленное, кроме
- а) размягчения шейки

- б) открытия шейного канала на 2-3 см
 - в) расположения наружного зева на уровне спинальных линий
 - г) плотности внутреннего зева
54. При массе тела новорожденного до 2500 г его следует считать
- а) недоношенным
 - б) незрелым
 - в) гипотрофичным
 - г) здоровым, правильно развитым
55. Преждевременное созревание плаценты приводит
- а) к перенашиванию беременности
 - б) к преждевременным родам
 - в) к преждевременной отслойке плаценты
 - г) правильно б и в
56. Запоздалое созревание плаценты может приводить
- а) к перенашиванию беременности
 - б) к преждевременной отслойке плаценты
 - в) к незрелости плода
 - г) ко всему перечисленному
57. Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме
- а) изменения контуров и смещения дна матки
 - б) опускания отрезка пуповины
 - в) отсутствия втягивания пуповины при глубоком вдохе роженицы
 - г) усиления кровотечения из половых путей
58. Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет
- а) 2-4 ч
 - б) 5-7 ч
 - в) 8-10 ч
 - г) 12-14 ч
59. Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей, как правило, составляет
- а) 3-5 ч
 - б) 5-7 ч
 - в) 6-8 ч
 - г) 10-12 ч
60. При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометриальный кровоток
- а) возрастает
 - б) снижается
 - в) не изменяется
 - г) временно прекращается
61. Нормальный подготовительный период характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) болезненности
 - б) формирования в ЦНС доминанты родов
 - в) увеличения уровня эстрогенов (эстриол, обеспечивающих биологическую готовность организма к родам)
 - г) повышения тонуса симпатико-адреналовой системы
62. Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря
- а) до 400 мл
 - б) до 500 мл
 - в) до 600 мл
 - г) до 800 мл
63. Заживание плацентарной площадки происходит под влиянием
- а) распада и отторжения остатков децидуальной оболочки

- б) регенерации эндометрия из донных желез
 - в) эпителизации эндометрия
 - г) всего перечисленного
64. В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через
- а) 8 недель
 - б) 10 недель
 - в) 16 недель
 - г) 20 недель
65. Молозиво отличается от грудного молока тем, что содержит
- а) больше белка
 - б) меньше жира
 - в) меньше сахара
 - г) все перечисленное
66. Преждевременно начавшиеся потуги, как правило, свидетельствуют
- а) о наличии клинически узкого таза
 - б) об ущемлении передней губы шейки матки
 - в) о дискоординации родовой деятельности
 - г) о всем перечисленном
67. Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается
- а) в усилении надпочечниками плода продукции кортизола
 - б) в повышении продукции тиреотропного гормона у плода
 - в) в снижении выработки прогестерона тканями плаценты
 - г) в усиленной продукции гистамина тканями плаценты
68. Масса тела плода в третьем триместре беременности характеризуется следующей закономерностью
- а) удваивается каждые 4 недели
 - б) удваивается каждые 6 недель
 - в) утраивается каждые 5 недель
 - г) никакой из перечисленных
69. Средний объем околоплодных вод в конце беременности, как правило, составляет
- а) 100 мл
 - б) 500 мл
 - в) 1000 мл
 - г) 2000 мл
70. При весо-ростовом коэффициенте, равном 36%, нормальная прибавка массы тела за беременность составляет к исходному весу женщины
- а) 8-10%
 - б) 11-15%
 - в) 16-17%
 - г) 18-20%
71. Рост толщины плаценты прекращается в срок беременности
- а) 27-28 недель
 - б) 30-31 неделя
 - в) 33-34 недели
 - г) 35-36 недель
72. Бипариетальный размер головки доношенного плода составляет
- а) 7-8 см
 - б) 9-10 см
 - в) 11-12 см
 - г) 13-14 см

73. При избыточном увеличении массы тела женщин во второй половине беременности, вероятнее всего, следует заподозрить
- а) крупный плод
 - б) гестоз ОПГ
 - в) многоводие
 - г) многоплодие
74. Подготовительные схватки отличаются от родовых, главным образом,
- а) нерегулярностью и редкими интервалами
 - б) отсутствием увеличения амплитуды
 - в) безболезненностью
 - г) всем перечисленным
75. Первый период физиологических родов заканчивается всегда
- а) полным раскрытием шейки матки
 - б) возникновением потуг
 - в) излитием околоплодных вод
 - г) через 6-8 ч от начала регулярных схваток
76. Потуги при физиологических родах начинаются, когда
- а) головка плода вставилась большим сегментом во входе в малый таз
 - б) произошло полное раскрытие шейки матки
 - в) головка плода установилась на тазовом дне
77. Основными механизмами отделения плаценты и выделения последа являются
- а) возрастание внутриматочного давления
 - б) уменьшение объема матки и размеров плацентарной площади
 - в) ретракция и контракция миометрия
 - г) все перечисленное
78. Попытка выделить неотделившуюся плаценту, как правило, приводит
- а) к ущемлению последа
 - б) к кровотечению
 - в) к вывороту матки
 - г) ко всему перечисленному
79. Термином "послеродовой период" обычно обозначают
- а) первые 2 месяца после родов
 - б) период грудного кормления новорожденного
 - в) период послеродовой аменореи
80. Лохии - это
- а) послеродовые выделения из матки
 - б) раневой секрет послеродовой матки
 - в) отделение децидуальной оболочки
 - г) все перечисленное
81. Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем
- а) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
 - б) увеличения секреции пролактина
 - в) снижения содержания эстрогенов
 - г) всего перечисленного
82. К препаратам, тормозящим лактацию, относятся
- а) эстрогены
 - б) парлодел
 - в) барбитураты
 - г) правильно и
83. При нормальной беременности наступают следующие изменения в сердечно-сосудистой системе матери
- а) умеренная гипертрофия левого желудочка

- б) увеличение сердечного выброса на 40%
 - в) некоторое повышение сосудистого тонуса
 - г) тахикардия
 - д) правильно 1, 2
84. При нормальной беременности в пищеварительной системе у женщин имеют место следующие изменения
- а) секреторная функция желудка и кишечника несколько снижается
 - б) возрастает функциональная нагрузка на печень
 - в) повышается слюноотечение
 - г) правильно а и б
85. Наружные половые органы
- 1) влагалище
 - 2) маточные трубы
 - 3) клитор
 - 4) молочные железы
86. Пространство между малыми половыми губами называется
- 1) мочеполовая диафрагма
 - 2) промежность
 - 3) девственная плева
 - 4) половая щель
87. Увлажнение входа во влагалище при половом возбуждении происходит за счет
- 1) пропотевания кровеносных сосудов
 - 2) бартолиновых желез
 - 3) маточного секрета
 - 4) парауретральных желез
88. Внутренние половые органы
- 1) лобок
 - 2) мочевого пузыря
 - 3) влагалище
 - 4) тазовая клетчатка
89. Во влагалище в норме среда
- 1) нейтральная
 - 2) кислая
 - 3) слабощелочная
 - 4) щелочная
90. Парный трубчатый орган яйцевод — это
- 1) семявыносящие протоки
 - 2) слуховые трубы
 - 3) мочеточники
 - 4) маточные трубы
91. Слизистая оболочка матки
- 1) эндотелий
 - 2) миометрий
 - 3) эндометрий
 - 4) параметрий
92. Функция матки
- 1) менструальная
 - 2) секреторная
 - 3) выделительная
 - 4) защитная
93. Наружная оболочка матки
- 1) параметрий

- 2) периметрий
 - 3) миометрий
 - 4) эндометрий
94. Нормальная флора влагалища
- 1) эпителиальные клетки
 - 2) палочки Дедерлейна
 - 3) кишечные палочки
 - 4) гормоны
95. В яичниках образуются
- 1) ферменты
 - 2) сперматозоиды
 - 3) яйцеклетка и женские половые гормоны
 - 4) форменные элементы крови
96. Слизистая маточных труб выстлана эпителием
- 1) многослойным плоским
 - 2) мерцательным
 - 3) кубическим
 - 4) однорядным
97. Функция яичников
- 1) выделительная
 - 2) эндокринно-гормональная
 - 3) защитная
 - 4) менструальная
98. Круглые связки матки отклоняют матку
- 1) кзади, книзу
 - 2) кверху, кпереди
 - 3) кзади
 - 4) в сторону
99. Маточная артерия отходит от
- 1) аорты
 - 2) наружной подвздошной артерии
 - 3) внутренней подвздошной артерии
 - 4) половой артерии
100. Важную роль в регуляции менструального цикла играют
- 1) гипоталамо-гипофизарная система
 - 2) поджелудочная железа
 - 3) щитовидная железа
 - 4) паращитовидные железы
101. Первая менструация у девочек (менархе) в норме начинается в возрасте
- 1) 11-13 лет
 - 2) 16-17 лет
 - 3) 8-9 лет
 - 4) 20-22 года
102. Срок наступления овуляции при 28-дневном менструальном цикле
- 1) 20-22 день
 - 2) 8-10 день
 - 3) 12-14 день
 - 4) 3-5 день
103. В первую фазу менструального цикла в яичнике вырабатывается гормон
- 1) прогестерон
 - 2) фолликулин
 - 3) тестостерон

- 4) панкреатин
104. Во вторую фазу менструального цикла в яичнике образуется железа внутренней секреции
- 1) желтое тело
 - 2) поджелудочная
 - 3) предстательная
 - 4) щитовидная
105. В желтом теле образуется гормон
- 1) окситоцин
 - 2) синестрол
 - 3) фолликулин
 - 4) прогестерон
106. Созревание и развитие желтого тела идет под действием гормона гипофиза
- 1) фолликулостимулирующего
 - 2) тиреотропного
 - 3) адено-кортикотропного
 - 4) пролактина
107. В матке фаза секреции идет под действием гормона яичника
- 1) фолликулина
 - 2) синестрола
 - 3) прогестерона
 - 4) тестостерона
108. Мужские половые гормоны
- 1) тестостерон
 - 2) тиреоидин
 - 3) прогестерон
 - 4) инсулин
109. Состав тазовой кости
- 1) крестец
 - 2) крестцовый мыс
 - 3) копчик
 - 4) лонная кость
110. Акушерская конъюгата равна (в см)
- 1) 20
 - 2) 15
 - 3) 11
 - 4) 13
111. Акушерская конъюгата — это расстояние
- 1) от крестцового мыса до нижнего края симфиза
 - 2) от крестцового мыса до выступающей точки внутренней поверхности симфиза
 - 3) от крестцового мыса до верхнего края симфиза
 - 4) от крестцово-копчикового сочленения до нижнего края симфиза
112. Нормальные размеры женского таза (в см):
- 1) 22-25-28-18
 - 2) 20-23-25-17
 - 3) 25-28-31-20
 - 4) 28-29-32-15
113. Имплантация плодного яйца происходит за счет
- 1) эмбриобласта
 - 2) эндометрия
 - 3) миометрия
 - 4) трофобласта

114. Имплантация — это
- 1) выход яйцеклетки из фолликула
 - 2) слияние сперматозоида с яйцеклеткой
 - 3) прикрепление яйцеклетки к стенке матки
 - 4) отторжение функционального слоя
115. Внутренняя оболочка плодного яйца
- 1) эндометрий
 - 2) амнион
 - 3) хорион
 - 4) децидуальная
116. Основная составляющая плаценты
- 1) жировая ткань
 - 2) ворсинка
 - 3) соединительная ткань
 - 4) мышечная ткань
117. В состав последа входят
- 1) плацента и оболочки
 - 2) хорион и амнион
 - 3) плацента, оболочки и пуповина
 - 4) оболочки и пуповина
118. Пузырек, в котором растет и созревает яйцеклетка
- 1) лимфоцит
 - 2) фолликул
 - 3) эритроцит
 - 4) альвеола
119. Образование, содержащее кровеносные сосуды, соединяющее плод с плацентой
- 1) семенной канатик
 - 2) лакуна
 - 3) пуповина
 - 4) маточные трубы
120. Гормон желтого тела прогестерон способствует
- 1) сохранению беременности, росту молочных желез
 - 2) прерыванию беременности
 - 3) развитию яйцеклетки
 - 4) созреванию фолликула
121. Наличие судорог в икроножных мышцах у беременных говорит о нарушении функции
- 1) желудочно-кишечного тракта
 - 2) сердечно-сосудистой системы
 - 3) паращитовидных желез
 - 4) гипоталамо-гипофизарной системы
122. Сомнительные признаки беременности
- 1) повышение артериального давления
 - 2) извращение вкуса и обоняния
 - 3) частые мочеиспускания
 - 4) потливость
123. Иммунологические тесты основаны на выявлении
- 1) гормонов желтого тела
 - 2) гормонов гипофиза
 - 3) эстрогенов
 - 4) хорионического гонадотропина
124. Вероятные признаки беременности
- 1) тошнота

- 2) изменение артериального давления
 - 3) синюшность слизистой влагалища и шейки матки
 - 4) сонливость
125. Прибавка массы тела за неделю во время беременности составляет
- 1) 300 г
 - 2) 500 г
 - 3) 600 г
 - 4) 1000 г
126. Для установления предполагаемого срока родов по последней менструации необходимо
- 1) прибавить к первому дню последней менструации восемь месяцев
 - 2) отнять три месяца и прибавить семь дней
 - 3) отнять четыре месяца
 - 4) прибавить девять месяцев
127. Первое шевеление плода первобеременная ощущает в
- 1) восемнадцать недель
 - 2) двадцать недель
 - 3) двадцать две недели
 - 4) шестнадцать недель
128. Третий прием Леопольда определяет
- 1) позицию плода
 - 2) положение плода
 - 3) предлежащую часть плода
 - 4) сердцебиение плода
129. Предвестники родов
- 1) регулярные, частые схватки
 - 2) отхождение околоплодных вод
 - 3) ложные схватки
 - 4) головная боль
130. Причиной начала родовой деятельности является
- 1) зрелая шейка матки
 - 2) родовая доминанта
 - 3) зрелая плацента
 - 4) перерастянутая матка
131. Началом родов следует считать
- 1) излитие околоплодных вод
 - 2) ложные схватки
 - 3) прижатие головки ко входу в малый таз
 - 4) появление регулярных схваток и сглаживание шейки матки
132. Родовые схватки характеризуются
- 1) периодичностью, длительностью, произвольностью, болезненностью и силой сокращения
 - 2) нерегулярностью и произвольностью
 - 3) роженица может управлять схватками
 - 4) сокращением матки в нижнем сегменте
133. Во время потуг
- 1) уменьшается внутриматочное давление
 - 2) уменьшается внутрибрюшное давление
 - 3) повышается внутрибрюшное давление
 - 4) расслабляются мышцы брюшного пресса
134. Раскрытие зева и сглаживание шейки матки происходит под влиянием
- 1) сокращения

- 2) плодного пузыря
 - 3) сокращения пристеночных мышц таза
 - 4) контракции, ретракции мышц, плодного пузыря
135. Раскрытие шейки матки у первородящих происходит
- 1) с наружного зева
 - 2) оба зева открываются одновременно
 - 3) быстрее, чем у повторнородящих
 - 4) раскрывается внутренний зев, сглаживается шейка, затем раскрывается наружный зев
136. Период изгнания плода начинается с момента
- 1) отхождения околоплодных вод
 - 2) полного открытия шейки матки
 - 3) потуг
 - 4) при опущении головки на тазовое дно
137. Допустимая потеря крови в родах составляет от массы тела
- 1) 1%
 - 2) 10%
 - 3) 0,5%
 - 4) 5%
138. Плодный пузырь образуется в результате
- 1) полного открытия шейки матки
 - 2) образования пояса прилегания
 - 3) повышения внутриматочного давления
 - 4) потуг
139. Своевременное отхождение околоплодных вод происходит
- 1) при полном или почти полном открытии маточного зева
 - 2) в начале раскрытия шейки матки
 - 3) при опущении головки в полость малого таза
 - 4) при появлении потуг
140. После родов родильница остается в родильном зале
- 1) 30 минут
 - 2) 2 часа
 - 3) 1 час
 - 4) 3 часа
141. Продолжительность послеродового периода
- 1) 1 неделя
 - 2) 1 месяц
 - 3) 2 недели
 - 4) 6-8 недель
142. После родов матка уменьшается в размере за счет
- 1) снижения внутриматочного давления
 - 2) мышц брюшного пресса
 - 3) сокращения и атрофии мышечных волокон матки
 - 4) эпителизации эндометрия
143. Обратное развитие матки — это
- 1) имплантация
 - 2) эпителизация
 - 3) инволюция
 - 4) субинволюция
144. Послеродовые выделения
- 1) плазма
 - 2) лохии
 - 3) сыворотка крови

- 4) форменные элементы крови
145. В течение послеродового периода нужно уделять особое внимание
- 1) профилактике мастита
 - 2) профилактике кариеса
 - 3) уходу за кожей рук
 - 4) психическому состоянию роженицы
146. Вакцинация БЦЖ новорожденному проводится на
- 1) 5 день
 - 2) 3 день
 - 3) 4 день
 - 4) 10 день
147. Кефалогематома — это
- 1) отек мягких тканей головки
 - 2) кровоизлияние в подкожной клетчатке
 - 3) кровоизлияние под надкостницу
 - 4) скопление крови в мозговой ткани
148. Родовая опухоль — это
- 1) смещение костей черепа плода
 - 2) отек мягких тканей головки
 - 3) кровоизлияние мягких тканей головки
 - 4) опухоль костей черепа
149. При гемолитической болезни наиболее рационально
- 1) раннее прикладывание к груди
 - 2) назначение фенobarбитала
 - 3) применение массажа
 - 4) заменное переливание крови
150. Для профилактики гонобленореи применяется
- 1) 30% раствор сульфацила натрия
 - 2) 19% раствор альбуцида
 - 3) 1% раствор альбуцида
 - 4) 0,9% физиологический раствор
151. Противопоказание к продолжению беременности при митральном стенозе
- 1) ревматизм в неактивной фазе
 - 2) комиссуротомия 5 лет назад
 - 3) появление мерцательной аритмии и признаков сердечной недостаточности
 - 4) появление отеков
152. Для диагностики пузырного заноса подтверждением является
- 1) большой размер матки
 - 2) кровотечение
 - 3) высокий уровень хорионического гонадотропина
 - 4) шевеление плода
153. Признаком внутриутробной гипоксии является
- 1) шум пуповины
 - 2) учащение сердцебиения плода свыше 160 уд. в минуту
 - 3) выслушивание сердцебиения плода ниже пупка
 - 4) отсутствие шевеления плода
154. При разрыве маточной трубы кровь скапливается
- 1) во влагалище
 - 2) в переднем своде влагалища
 - 3) в дугласовом пространстве
 - 4) в пузырно-маточном пространстве
155. При трубной беременности менструации

- 1) отсутствуют
 - 2) циклические
 - 3) ациклические
 - 4) нерегулярные
156. Симптомы трубного аборта
- 1) внутреннее кровотечение
 - 2) схваткообразные боли внизу живота
 - 3) метеоризм
 - 4) обильное, длительное кровотечение из половых путей
157. При лечении внематочной беременности препарат метотрексат целесообразно вводить
- 1) внутривенно
 - 2) в цервикальный канал
 - 3) в место имплантации
 - 4) в виде таблеток
158. Прерывание внематочной беременности чаще происходит на сроке
- 1) 10-12 недель
 - 2) 2-3 недели
 - 3) 5-6 недель
 - 4) 8-9 недель
159. При шеечной беременности шейка матки
- 1) бочкообразной формы
 - 2) в норме
 - 3) округлой формы
 - 4) конической формы
160. Трубный аборт возникает при имплантации плодного яйца в части маточной трубы
- 1) истмической
 - 2) интерстициальной
 - 3) ампулярной
 - 4) интрамуральной
161. Основным методом лечения внематочной беременности
- 1) антибиотикотерапия
 - 2) оперативный
 - 3) консервативный
 - 4) применение цитостатиков
162. Искусственный аборт — это прерывание беременности на сроке до
- 1) 15 недель
 - 2) 12 недель
 - 3) 10 недель
 - 4) 8 недель
163. Привычный выкидыш — это аборт
- 1) на раннем сроке беременности
 - 2) по медицинским показаниям
 - 3) криминальный
 - 4) самопроизвольный два и более раз
164. При лечении невынашивания беременности эффективен препарат
- 1) метионин
 - 2) хлористый кальций
 - 3) гинипрал
 - 4) метронидазол
165. Симптомы угрожающего выкидыша
- 1) отсутствие роста матки
 - 2) изменение сердцебиения плода

- 3) маточное кровотечение
- 4) повышение тонуса матки, боли в животе
- 166. При лечении истмико-цервикальной недостаточности более рационально применять
 - 1) сульфат магния
 - 2) туринал
 - 3) наложение швов на шейку матки
 - 4) физиолечение
- 167. После самопроизвольного выкидыша рекомендуется применять с целью контрацепции
 - 1) ВМС
 - 2) презерватив
 - 3) фарматекс
 - 4) гормональные таблетки
- 168. Преждевременные роды — это роды на сроке (в неделях)
 - 1) 22-38
 - 2) 28-35
 - 3) 22-32
 - 4) 30-35
- 169. Масса недоношенного плода (в граммах)
 - 1) 2700
 - 2) 2600
 - 3) 5300
 - 4) до 2500
- 170. При многоплодной беременности однайцовые близнецы развиваются в результате
 - 1) оплодотворения двух яйцеклеток
 - 2) созревания двух фолликулов
 - 3) полного разделения зиготы
 - 4) овуляции в двух яичниках
- 171. При многоплодной беременности наиболее грозным осложнением является
 - 1) многоводие
 - 2) сцепление близнецов головками
 - 3) слабость родовой деятельности
 - 4) малый вес плода
- 172. При тазовых предлежаниях сердцебиение выслушивается
 - 1) ниже пупка
 - 2) выше лона
 - 3) выше пупка
 - 4) на уровне пупка
- 173. При тазовых предлежаниях головка прорезывается размером
 - 1) средним косым
 - 2) вертикальным
 - 3) прямым
 - 4) малым косым
- 174. При тазовых предлежаниях плод испытывает гипоксию с момента
 - 1) рождения туловища
 - 2) рождения до пупочного кольца
 - 3) при врезывании ягодиц
 - 4) при рождении до углов лопаток
- 175. При чисто ягодичном предлежании применяют
 - 1) метод Цовьянова
 - 2) классическое ручное пособие
 - 3) извлечение за тазовый конец

- 4) поворот плода
176. Для профилактики спазма шейки матки при тазовых предлежаниях применяют
- 1) токолитики
 - 2) адреномиметики
 - 3) спазмолитики
 - 4) гормоны
177. Позицию плода при поперечном положении определяют по
- 1) спинке плода
 - 2) головке
 - 3) расположению мелких частей
 - 4) расположению ягодиц
178. Частое осложнение при поперечном положении плода
- 1) многоводие
 - 2) преждевременное отхождение околоплодных вод
 - 3) гипоксия плода
 - 4) слабость родовой деятельности
179. Пособие по Цовьянову способствует
- 1) освобождению плечевого пояса
 - 2) переводу ножного предлежания в смешанное ягодичное
 - 3) освобождению головки
 - 4) сохранению нормального членорасположения плода
180. При каком виде тазового предлежания оказывают пособие по Цовьянову
- 1) ножном
 - 2) смешанном ягодичном
 - 3) коленном
 - 4) чисто ягодичном
181. Проводная точка при тазовом предлежании
- 1) передняя ягодица
 - 2) задняя ягодица
 - 3) передняя ножка
 - 4) задняя ножка
182. Внутренний поворот ягодиц происходит
- 1) во входе в малый таз
 - 2) в широкой части малого таза
 - 3) в узкой части малого таза
 - 4) в выходе малого таза
183. Осложнения в первом периоде родов при тазовом предлежании
- 1) слабость родовой деятельности
 - 2) запрокидывание головки
 - 3) разрыв промежности
 - 4) запрокидывание ручек
184. Анатомически узкий таз определяют по
- 1) форме таза
 - 2) толщине костей таза
 - 3) степени сужения таза
 - 4) состоянию крестца
185. Для общеравномерносуженного таза характерно
- 1) тупой верхний угол ромба Михаэлиса
 - 2) наличие деформаций таза
 - 3) тонкость костей таза
 - 4) уменьшение всех размеров таза
186. Для плоскорахитического таза характерно

- 1) равномерное уменьшение всех размеров
 - 2) острый подлобковый угол
 - 3) уменьшение прямого размера входа в малый таз
 - 4) деформация костей таза
187. Диагностика клинически узкого таза возможна
- 1) в начале беременности
 - 2) в конце беременности
 - 3) в первом периоде родов
 - 4) при полном открытии шейки матки и отхождении околоплодных вод
188. Признак Вастена определяется при раскрытии шейки матки на (в см)
- 1) 2
 - 2) 5
 - 3) 8
 - 4) 10-11
189. Степень сужения таза определяется по конъюгате
- 1) наружной
 - 2) анатомической
 - 3) диагональной
 - 4) истинной
190. Степень сужения таза при истинной конъюгате 10 см
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
191. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 35 см. Предполагаемый вес плода (в граммах)
- 1) 3500
 - 2) 3200
 - 3) 3000
 - 4) 3800
192. Синклитическое вставление головки — это расположение
- 1) малого родничка на одинаковом расстоянии от лона до мыса
 - 2) стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса
 - 3) большого родничка по оси таза
 - 4) стреловидного шва в прямом размере таза
193. Передний асинклитизм — это
- 1) расположение стреловидного шва ближе к мысу, первой вставляется передняя теменная кость
 - 2) расположение стреловидного шва ближе к симфизу
 - 3) первой вставляется задняя теменная кость
 - 4) первыми опускаются ягодицы
194. Выпадению пуповины способствует
- 1) гипоксия плода
 - 2) отсутствие пояса внутреннего прилегания
 - 3) слабость родовой деятельности
 - 4) узкий таз
195. К ранним гестозам беременных относится
- 1) гипертония
 - 2) рвота беременных
 - 3) гипотония
 - 4) протеинурия
196. При рвоте беременных тяжелым осложнением является

- 1) бессонница
 - 2) запоры
 - 3) обезвоживание организма
 - 4) понижение температуры
197. Основным методом лечения рвоты беременных
- 1) лечение экстрагенитальных заболеваний
 - 2) инфузионная терапия
 - 3) седативная терапия
 - 4) физиотерапия
198. Для гестоза беременных характерно
- 1) повышение массы тела
 - 2) гипергликемия
 - 3) нарушение микроциркуляции в жизненно-важных органах
 - 4) гипотония
199. Для ранних гестозов беременных характерно
- 1) гипотония
 - 2) анемия
 - 3) отеки
 - 4) гиперсаливация
200. Фактором риска развития позднего гестоза беременных является
- 1) гипертоническая болезнь
 - 2) возраст первородящей 25 лет
 - 3) вторые роды
 - 4) поперечное положение плода
201. При начавшейся преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты у роженицы с поздним гестозом показано
- 1) стимулирование родовой деятельности
 - 2) применение гипотензивных средств
 - 3) введение реополиглюкина
 - 4) срочное родоразрешение операцией кесарева сечения
202. Поздний гестоз беременных — это осложнение, возникающее
- 1) только во время беременности
 - 2) при высоком содержании пролактина
 - 3) при опухоли яичников
 - 4) при воспалении придатков матки
203. Для эклампсии характерно
- 1) наличие тонических и клонических судорог
 - 2) отсутствие судорожного синдрома
 - 3) высокая температура
 - 4) запах ацетона изо рта
204. Ревматизм — это заболевание
- 1) паразитарное
 - 2) инфекционно-аллергическое
 - 3) гормональное
 - 4) наследственное
205. Ревматизм поражает чаще
- 1) митральный клапан сердца
 - 2) аортальный клапан
 - 3) миокард
 - 4) клапан легочной артерии
206. Наличие активного ревматизма
- 1) ухудшает прогноз беременности

- 2) не влияет на исход беременности
 - 3) не является фактором риска гестоза
 - 4) улучшает течение беременности
207. Припадок эклампсии может развиваться
- 1) вне беременности
 - 2) во время родов
 - 3) в позднем послеродовом периоде
 - 4) в первом триместре беременности
208. С целью экстренного родоразрешения при эклампсии применяют
- 1) вакуум-экстракцию плода
 - 2) экстракцию плода за тазовый конец
 - 3) кесарево сечение
 - 4) плодоразрушающую операцию
209. Преэклампсию отличает от прогрессирующего гестоза беременных
- 1) уровень АД
 - 2) выраженность отечного синдрома
 - 3) олигурия
 - 4) появление общемозговых симптомов
210. Острая плацентарная недостаточность возникает вследствие
- 1) наличие гестоза
 - 2) отслойки плаценты
 - 3) многоводия
 - 4) узкого таза
211. Основная причина развития предлежания плаценты
- 1) дистрофические изменения слизистой оболочки матки
 - 2) многоплодие
 - 3) многоводие
 - 4) неправильное положение плода
212. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно
- 1) массивность, длительность
 - 2) волнообразность, цвет крови алый, безболезненность, беспричинность
 - 3) цвет крови темный
 - 4) болезненность
213. Для предлежания плаценты характерны следующие клинические признаки
- 1) матка в тонусе, болезненная, асимметричная
 - 2) массивное длительное кровотечение
 - 3) сердцебиение плода отсутствует
 - 4) матка мягкая, симметричная, кровь алая
214. Выбор акушерской тактики при предлежании плаценты зависит от
- 1) общего состояния роженицы
 - 2) вида предлежания (центральное, неполное)
 - 3) состояния плода
 - 4) степени раскрытия шейки матки
215. Осложнение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- 1) разрыв матки
 - 2) матка Кувеллера
 - 3) болевой шок
 - 4) разрыв шейки матки
216. Клинический признак преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:
- 1) тонус матки повышен, асимметрия матки
 - 2) сердцебиение плода хорошо прослушивается

- 3) кровотечение отсутствует
 - 4) кожные покровы розовые
217. Кровотечение в последовом периоде чаще обусловлено
- 1) гипотонией матки
 - 2) нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа
 - 3) нарушением системы свертывания крови
 - 4) многоводием
218. Клинический признак, характерный для интимного прикрепления плаценты:
- 1) крайне отягощенный акушерский анамнез
 - 2) отсутствие признаков отделения последа и наличие кровотечения
 - 3) отсутствие кровотечения
 - 4) положительный симптом Альфельда
219. При наличии приращения плаценты имеет место
- 1) пиелонефрит
 - 2) наличие перенесенных аборт
 - 3) отсутствие абортов в анамнезе
 - 4) пузырный занос
220. Тактика акушера при интимном прикреплении плаценты
- 1) наружный массаж матки
 - 2) холод на низ живота
 - 3) ручное отделение плаценты
 - 4) применение метода Абуладзе
221. Для ущемления последа характерно
- 1) отсутствие признаков отделения плаценты
 - 2) наличие признаков отделения плаценты
 - 3) отсутствие кровотечения
 - 4) гипертензия
222. Тактика акушера при ущемлении последа
- 1) потягивание за пуповину
 - 2) проведение наружного массажа матки
 - 3) внутривенное введение окситоцина
 - 4) проведение наружных приемов выжимания последа Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича
223. Кровотечение в раннем послеродовом периоде обусловлено чаще
- 1) гипотонией матки
 - 2) нарушением отделения плаценты
 - 3) нарушением системы свертывания крови
 - 4) разрывом матки
224. Гипотония матки в послеродовом периоде чаще всего обусловлена
- 1) перерастяжением матки (многоводие, многоплодие, крупный плод)
 - 2) отсутствием абортов в анамнезе
 - 3) наличием гипертензии
 - 4) анемией
225. Для лечения гипотонии матки применяют
- 1) аскорбиновую кислоту
 - 2) глюкозу
 - 3) метилэргометрин, окситоцин
 - 4) сульфат магния
226. Для проявлений геморрагического шока характерна
- 1) гипотония
 - 2) протеинурия
 - 3) брадикардия
 - 4) полиурия

227. При геморрагическом шоке основные мероприятия направлены на
- 1) снижение АД
 - 2) восполнение объема циркулирующей крови
 - 3) определение уровня гемоглобина
 - 4) исследование функции почек
228. Для улучшения микроциркуляции внутривенно показано введение
- 1) гепарина
 - 2) реополиглюкина
 - 3) эуфиллина
 - 4) хлористого кальция
229. При разрыве промежности второй степени происходит
- 1) разрыв стенки уретры
 - 2) повреждение костей таза
 - 3) повреждение мышц промежности
 - 4) повреждение сфинктера прямой кишки
230. При разрыве промежности первой степени швы накладывают на
- 1) слизистую влагалища
 - 2) кожу промежности
 - 3) мышцы промежности
 - 4) сфинктер ануса
231. Причина возникновения разрывов влагалища в родах
- 1) вторые роды
 - 2) стремительное течение родов
 - 3) преждевременные роды
 - 4) эпизиотомия
232. Причины разрыва матки во время беременности
- 1) клинически узкий таз
 - 2) анатомически узкий таз
 - 3) крупный плод
 - 4) несостоятельность послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения
233. К разрыву матки предрасполагает
- 1) рубец на матке после операции «кесарево сечение»
 - 2) предлежание плаценты
 - 3) многоводие
 - 4) гестозы
234. При длительности менструального цикла 28 дней его следует считать
- 1) нормопонирующим
 - 2) антепонирующим
 - 3) постпонирующим
 - 4) гиперпонирующим
235. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным
- а) все размеры уменьшены на 0.5-1 см
 - б) хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см
 - в) все размеры уменьшены на 1.5-2 см
 - г) хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см
236. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее
- а) 20 см
 - б) 19.5 см
 - в) 19 см
 - г) 18.5 см
237. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее

- а) 12 см
- б) 11.5 см
- в) 11 см
- г) 10.5 см

238. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет

- а) менее 13.5 до 13 см
- б) менее 13 до 12.5 см
- в) менее 12.5 до 12 см
- г) менее 12 до 11.5 см

239. Частота анатомически узкого таза составляет

- а) 10-8%
- б) 7-6%
- в) 5-4%
- г) 3-2%

240. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе состоят в следующем

- а) может быть косое асинклитическое вставление головки плода
- б) может быть высокое прямое стояние головки плода
- в) головка плода может пройти все плоскости малого таза
- г) без своего внутреннего поворота

241. При следующих размерах: D.sp - 24 см, D.cr - 27 см, D.tr - 30 см, C.ext - 18 см таз следует отнести

- а) к плоскоррахитическому
- б) к простому плоскому
- в) к поперечносуженному
- г) к косому

242. При следующих размерах: D.sp - 26 см, D.cr - 27 см, D.tr - 31 см, C.ext - 17.5 см таз следует отнести

- а) к плоскоррахитическому
- б) к простому плоскому
- в) к поперечносуженному
- г) к косому

243. Указанные особенности биомеханизма родов:

- длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз;
- некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз;
- асинклитическое вставление головки плода (чаще задне-теменной асинклитизм) характерны для следующей формы анатомически узкого таза

- а) простой плоский
- б) плоско-рахитический
- в) общеравномерносуженный
- г) поперечносуженный

244. Для общеравномерносуженного таза характерно уменьшение только прямого размера входа в малый таз

- а) одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
- б) удлинение крестца
- в) правильно и
- г) все перечисленное

245. Уплощение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза

- а) поперечносуженного
- б) простого плоского

- в) плоско-рахитического
г) общеравномерносуженного
246. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные особенности
- а) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером
б) внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую
в) ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками
г) ничего из перечисленного
247. Простой плоский таз характеризуется
- а) уменьшением всех прямых размеров полости малого таза
б) увеличением высоты таза
в) уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба
г) всем перечисленным
248. Указанные особенности биомеханизма родов:
- долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз;
 - выраженное сгибание головки плода;
 - строго синклитическое вставление головки плода
- характерны для следующей формы анатомически узкого таза
- а) общеравномерносуженного
б) общесуженного плоского
в) простого плоского
г) Поперечносуженного
249. Степень сужения таза определяется, как правило, по уменьшению размера
- а) анатомической конъюгаты
б) истинной конъюгаты
в) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
г) высоты стояния дна матки
250. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения
- а) I
б) II
в) III
г) IV
251. Размер истинной конъюгаты 8.5 см позволяет отнести таз к степени сужения
- а) I
б) II
в) III
г) IV
252. В прогнозе родов при анатомически узком тазе наибольшее значение имеет
- а) высота дна матки
б) окружность живота
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое
253. Клинически узкий таз - это
- а) одна из форм анатомически узкого таза
б) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
в) несоответствие головки плода и таза матери,
г) выявленное во время беременности
254. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются
- а) анатомическое сужение таза
б) крупный плод

- в) задне-теменной асинклитизм
 - г) все перечисленные
255. Роды при I степени клинически узкого таза (относительное несоответствии) характеризуются следующим
- а) биомеханизм родов соответствует форме таза
 - б) длительность родового акта больше обычной
 - в) симптом Вастена отрицательный
 - г) всем перечисленным
256. III степень клинически узкого таза (абсолютное несоответствии) характеризуется следующими признаками
- а) биомеханизм родов не соответствует форме узкого таза
 - б) признак Вастена положительный
 - в) отсутствует способность головки плода к конфигурации
 - г) всеми перечисленными
257. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и отошедших водах, как правило, свидетельствуют
- а) об окончании первого периода родов
 - б) о начавшемся разрыве матки
 - в) об ущемлении передней губы шейки матки
 - г) о всем перечисленном
258. При диагностике клинически узкого таза II степени во втором периоде родов и живом плоде наиболее правилен выбор следующего способа родоразрешения (при наличии условий)
- а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином
 - б) для усиления потуг и естественного родоразрешения
 - в) наложение акушерских щипцов
 - г) вакуум-экстракция плода
259. При диагностике клинически узкого таза III степени в первом периоде родов и живом плоде наиболее правильна следующая акушерская тактика
- а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином
 - б) применение приема Кристеллера или бинта Вербова
 - в) проведение наружного поворота плода на тазовый конец
 - г) проведение операции кесарева сечения
260. Признак Вастена можно оценить при всех перечисленных условиях, кроме
- а) целых околоплодных вод
 - б) излития околоплодных вод
 - в) прижатой ко входу в малый таз головки плода
 - г) открытия шейки матки на 8-10 см
261. Положительный симптом Вастена, как правило, свидетельствует
- а) о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери
 - б) об угрозе разрыва матки
 - в) о наличии крупного плода
 - г) о всем перечисленном
262. При задне-теменном асинклитическом вставлении головки доношенного некрупного плода следует применить
- а) кесарево сечение
 - б) родостимуляцию окситоцином на фоне спазмолитиков
 - в) внутривенное введение спазмолитиков или токолитиков
 - г) акушерские щипцы
263. Для обезболивания роженицы при узком тазе лучше применять
- а) морфиноподобные препараты
 - б) антигистаминные средства

- в) спазмолитики
 - г) ингаляционные анестетики
264. Функциональную оценку таза следует проводить
- а) в I периоде родов
 - б) во II периоде родов
 - в) после излития околоплодных вод
 - г) период родов значения не имеет
265. Если анатомически узкий таз сочетается с передне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести
- а) со стимуляцией окситоцином
 - б) со спазмолитиками
 - в) в зависимости от формы анатомически узкого таза
 - г) в зависимости от роста роженицы
266. Отрицательный признак Вастена, как правило, свидетельствует
- а) о полном соответствии головки плода и таза матери
 - б) ни о чем не свидетельствует
 - в) о наличии некрупного плода
 - г) о правильном вставлении головки плода
267. Если анатомически узкий таз сочетается с задне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести
- а) консервативно
 - б) в зависимости от формы анатомически узкого таза
 - в) в зависимости от массы тела плода
 - г) только путем кесарева сечения
268. При анатомически узком тазе II степени и живом плоде вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующим образом
- а) проводится всегда
 - б) не проводится
 - в) в зависимости от артериального давления роженицы
 - г) в зависимости от предлежания плода
269. Для выбора тактики ведения родов важнее всего определить
- а) форму анатомически узкого таза
 - б) степень сужения таза
 - в) росто-весовые показатели женщины
 - г) правильно а и б
270. Выбор метода родоразрешения в пользу кесарева сечения осуществляют, как правило, если имеется следующее вставление головки плода
- а) передний асинклитизм
 - б) задний асинклитизм
 - в) высокое прямое вставление стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом)
 - г) все перечисленное
271. При поперечном положении плода и открытии шейки матки на 6 см следует
- а) произвести наружный поворот плода на головку
 - б) предоставить сон-отдых на 1-2 часа
 - в) ввести спазмолитики
 - г) начать родостимуляцию
272. Запущенное поперечное положение плода -
- а) это такая акушерская ситуация, при которой имеет место
 - б) выпадение ручки плода
 - в) вколачивание в таз плечика плода
 - г) отхождение б и в

273. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение
- а) комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией
 - б) наружного акушерского поворота плода на головку
 - в) родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот плода
 - г) операции кесарева сечения
274. При проведении первого этапа операции комбинированного акушерского поворота (при поперечном положении плода и полном открытии маточного зева большое значение имеет следующее
- а) вводится та рука, которой лучше всего владеет акушер-гинеколог
 - б) вводится рука акушера-гинеколога, разноименная позиции плода
 - в) вводится рука акушера-гинеколога, одноименная позиции плода
275. При проведении второго этапа операции комбинированного акушерского поворота (при поперечном положении плода, его переднем виде и полном открытии маточного зева обычно
- а) захватывают вышележащую ножку плода
 - б) захватывают нижележащую ножку плода
 - в) выбор ножки плода значения не имеет
 - г) выбор ножки плода зависит от его массы
276. После комбинированного акушерского поворота плода (при полном открытии маточного зева контрольное ручное обследование полости матки производят
- а) обязательно
 - б) не обязательно
 - в) только если началось кровотечение
 - г) только при крупном плоде
277. Особенностью биомеханизма родов при плоском тазе является
- а) некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз
 - б) внутренний поворот головки плода совершается на тазовом дне
 - в) по окончании внутреннего поворота головки плод находится, как правило, в заднем виде (по спинке)
 - г) все перечисленное
278. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является
- а) малый родничок
 - б) середина между большим и малым родничками
 - в) большой родничок
 - г) середина лобного шва
279. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации, как правило, являются
- а) надпереносица
 - б) верхняя челюсть
 - в) затылочный бугор
 - г) правильно а и в
280. Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей
- а) малому косому размеру
 - б) среднему косому размеру
 - в) большому косому размеру
 - г) прямому размеру
281. В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является
- а) середина лобного шва

- б) корень носа
 - в) большой родничок
 - г) малый родничок
282. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят
- а) путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода
 - б) с помощью атипичных акушерских щипцов
 - в) путем кесарева сечения
 - г) с применением родостимуляции окситоцином или простагландинам
283. Роды через естественные родовые пути
- а) при лобном предлежании доношенного плода
 - б) возможны
 - в) невозможны
 - г) требуют индивидуального подхода
284. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером?
- а) при переднем виде затылочного предлежания
 - б) при заднем виде затылочного предлежания
 - в) при переднеголовном предлежании
 - г) при лобном предлежании
285. При наружном акушерском исследовании о поперечном положении плодасвидетельствует
- а) окружность живота более 100 см
 - б) высота дна матки свыше 39 см
 - в) уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
 - г) ничего из перечисленного
286. Клинически узкий таз - это
- а) остановка родов из-за утомления роженицы
 - б) упорная слабость родовой деятельности
 - в) дискоординация, переходящая в слабость схваток и потуг
 - г) все перечисленное
287. При клинически узком тазе I степени несоответствия имеет место
- а) положительный симптом Вастена
 - б) задне-теменной асинклитизм
 - в) потуги при высоко стоящей головке
 - г) все перечисленное
288. При абсолютном несоответствии имеет место
- а) прекращение мочеиспускания
 - б) потуги при высоко стоящей головке
 - в) кровотечение из половых путей
 - г) все ответы правильные
289. При влагалищном исследовании роженицы определяется гладкая поверхность, пересеченная швом. С одной стороны к шву примыкает надпереносье и надбровные дуги, с другой - передний угол большого родничка. В этом случае имеет место предлежание плода
- а) затылочное
 - б) переднеголовное
 - в) лобное
 - г) лицевое
290. Если при наружном акушерском исследовании размер головки плода, измеренный тазомером, превышает 12 см, следует заподозрить
- а) крупный плод
 - б) гидроцефалию плода
 - в) лобное предлежание плода

- г) все перечисленное
291. Следующий биомеханизм родов:
- сгибание головки плода во входе в малый таз,
 - внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди,
 - разгибание головки
- характерен для предлежания
- а) переднеголового
 - б) лобного
 - в) лицевого
 - г) затылочного, передний вид
292. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером?
- а) передний вид затылочного предлежания
 - б) переднеголовное предлежание
 - в) лобное предлежание
 - г) лицевое предлежание
293. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен
- а) ближе к лону
 - б) ближе к мысу
 - в) строго по оси таза
 - г) ничего из перечисленного
294. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является
- а) подъязычная кость
 - б) подбородок
 - в) нос
 - г) лоб
295. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации, как правило, является
- а) подъязычная кость
 - б) верхняя челюсть
 - в) подзатылочная ямка
 - г) правильно а и в
296. В этиологии тазового предлежания, вероятнее всего, имеет значение следующее
- а) многоводие
 - б) многоплодие
 - в) предлежание плаценты
 - г) все перечисленное
297. Частота тазового предлежания обычно составляет
- а) 4-5%
 - б) 6-7%
 - в) 8-9%
 - г) 10-11%
298. При тазовом предлежании доношенного плода худший прогноз, как правило, имеет место
- а) при чисто ягодичном предлежании
 - б) при ножном предлежании
 - в) при смешанном ягодичном предлежании
 - г) при разогнутой головке плода
299. Роды в тазовом предлежании относятся к родам высокого риска
- а) при переносимости беременности
 - б) при хронической гипоксии плода
 - в) при узком тазе

- г) при всем перечисленном
300. В прогнозе родов при тазовом предлежании важное значение имеет
- а) срок беременности
 - б) разновидность тазового предлежания
 - в) вид (передний, задний)
 - г) все перечисленное
301. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая ("башенная") конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании
- а) затылочном, передний вид
 - б) затылочном, задний вид
 - в) переднеголовном
 - г) лобном
302. Частота тазового предлежания при преждевременных родах
- а) повышена
 - б) понижена
 - в) зависит от общего состояния женщины
 - г) зависит от наличия гипоксии плода
303. Диагноз тазового предлежания плода при влагалищном исследовании в родах устанавливается обычно (на фоне отошедших околоплодных во при открытии маточного зева не менее
- а) 1 см
 - б) 2 см
 - в) 3-4 см и более
304. Корректирующую гимнастику при тазовом предлежании плода проводят обычно в сроки беременности
- а) 14-20 недель
 - б) 21-27 недель
 - в) 28-35 недель
 - г) 36-40 недель
305. Условиями для операции извлечения плода за тазовый конец являются
- а) наличие целого плодного пузыря
 - б) полная соразмерность головки плода и таза матери
 - в) раскрытие маточного зева не менее, чем на 7-8 см
 - г) все перечисленные
306. При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения
- а) амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина
 - б) кесарево сечение в плановом порядке
 - в) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
 - г) роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков
307. К клиническим критериям разгибательного положения головки при тазовом предлежании плода относятся
- а) несоответствие величины головки предполагаемой массе тела плода
 - б) расположение головки в дне матки со стороны позиции плода
 - в) наличие выраженной глубокой шейно-затылочной борозды при определении позиции плода
 - г) все перечисленные
308. Классическое ручное пособие применяется при следующем варианте тазового предлежания плода
- а) смешанном ягодичном

- б) полном ножном
 - в) неполном ножном
 - г) при всех перечисленных
309. Пособие по Цовьянову применяют при следующем предлежании плода
- а) чистом ягодичном
 - б) смешанном ягодичном
 - в) полном ножном
 - г) неполном ножном
310. Чистое ягодичное предлежание плода характеризуется следующим
- а) ножки согнуты в тазобедренных суставах
 - б) ножки разогнуты в коленных суставах
 - в) ножки вытянуты вдоль туловища
 - г) всем перечисленным
311. Смешанное ягодичное предлежание плода характеризуется следующим
- а) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
 - б) ножки разогнуты в голеностопных суставах
 - в) вместе с ягодицами предлежит одна или обе ножки плода
 - г) все правильно
312. Полное ножное предлежание плода характеризуется следующим
- а) одна ножка разогнута в тазобедренном суставе и предлежит
 - б) другая ножка согнута в тазобедренном суставе
 - в) и вытянута вдоль туловища
 - г) предлежат ножки плода вместе с ягодицами
313. При операции извлечения плода за паховый сгиб палец акушера вводят
- а) в передний паховый сгиб
 - б) в задний паховый сгиб
 - в) принципиального значения не имеет
 - г) зависит от нахождения ягодиц в той или иной плоскости малого таза
314. Показаниями для извлечения плода за тазовый конец являются
- а) асфиксия плода
 - б) живой плод
 - в) крупные размеры плода
 - г) все перечисленные
315. Наиболее частым осложнением во втором периоде родов при тазовом предлежании плода является
- а) запрокидывание ручек плода за головку
 - б) разгибание головки плода
 - в) поворот плода спинкой кпереди
 - г) правильно а и б
316. При операции извлечения плода за ножку акушер захватывает ножку
- а) обращенную кзади
 - б) обращенную впереди
 - в) принципиального значения не имеет
 - г) зависит от плоскости, в которой находятся ягодицы плода
317. К пособию по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании плода приступают, когда
- а) прорезывается передняя ягодица
 - б) прорезывается задняя ягодица
 - в) плод рождается до пупочного кольца
 - г) прорезываются обе ягодицы

Задача (084-088)

В роддом поступила первобеременная 35 лет, в удовлетворительном состоянии. Беременность 40 недель.

В анамнезе - бесплодие 7 лет.

Размеры таза - 24-27-30-19.5 см. Предполагаемая масса плода - 3600 г.

Родовая деятельность в течение 10 ч. В момент осмотра схватки по 25-30 с через 7-8 минут.

Воды не изливались.

При наружном акушерском исследовании в дне матки определяется округлая ballotирующая часть плода, над входом в малый таз - часть плода небаллотирующая, небольших размеров. Сердцебиение плода выслушивается слева выше пупка 150 ударов в минуту.

При влагалищном исследовании: шейка сглажена, края ее толстые, открытие 5-6 см.

Плодный пузырь цел. Предлежат ягодичы плода. Диагональная конъюгата - 12 см.

318. На основании оценки возраста первобеременной и данных анамнеза

- а) можно предположить, что женщина угрожаема
- б) по развитию аномалий родовой деятельности
- в) по кровотечению в родах
- г) по перинатальной патологии

319. На основании оценки данных наружного акушерского и влагалищного исследований можно сделать заключение

- а) о наличии чистого ягодичного предлежания плода
- б) о наличии анатомического сужения таза II степени
- в) о несоответствии размеров плода и таза матери
- г) правильно а и б

320. Следует избрать следующую акушерскую тактику

- а) вести роды консервативно до полного открытия шейки матки, а затем повторно оценить акушерскую ситуацию
- б) провести стимуляцию родовой деятельности на фоне введения спазмолитиков
- в) предоставить медикаментозный сон-отдых
- г) провести операцию кесарева сечения

321. В этом наблюдении факторами риска по перинатальной смертности являются

- а) поздний возраст первородящей
- б) тазовое предлежание плода с массой 3600 г
- в) аномальная родовая деятельность
- г) все перечисленные

322. Какое замечание по ведению беременной в женской консультации можно сделать при анализе данного наблюдения?

- а) беременную необходимо было госпитализировать в родовое отделение роддома в 36 недель беременности для подготовки к родоразрешению
- б) в последние 2 недели беременности было показано уточнение формы и степени анатомического сужения таза
- в) была необходима ориентация на плановое кесарево сечение
- г) правильно б и г

323. Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются

- а) несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности
- б) указания беременной на частые шевеления плода
- в) выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода
- г) все перечисленные

324. Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют

- а) ультразвуковое исследование
- б) рентгенологическое исследование
- в) радиоизотопную сцинтиграфию

- г) все перечисленное
325. Основными причинами слабости родовой деятельности являются
- а) гипопроэстрогения
 - б) снижение уровня эндогенных простагландинов
 - в) перерастяжение матки
 - г) все перечисленные
326. При слабости родовой деятельности имеет место
- а) увеличение содержания окситоцина у матери
 - б) повышенное выделение окситоцина гипофизом плода
 - в) сниженное содержание окситоциназы
 - г) ничего из перечисленного
327. Сократительная функция матки при слабости родовой деятельности
- а) обычно характеризуется
 - б) снижением амплитуды сокращения матки
 - в) уменьшением частоты схваток
 - г) снижением внутриматочного давления
328. При слабости родовой деятельности имеет место
- а) повышение базального тонуса матки
 - б) уменьшение венозного наполнения матки
 - в) резкая болезненность схваток
 - г) ничего из перечисленного
329. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах
- а) может свидетельствовать
 - б) о слабости родовой деятельности
 - в) о дискоординации родовой деятельности
 - г) о дистонии шейки матки
 - д) о всем перечисленном
330. Первородящая 35 лет, в родах 10 часов. Устала.
Срок беременности 41-42 недели. Предполагаемая масса плода - 3900 г.
Сердцебиение - 160 в минуту.
При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие 5 см.
Плодный пузырь цел, плоской формы.
Головка прижата ко входу в малый таз.
Размеры таза нормальные.
Показана следующая акушерская тактика
- а) предоставить медикаментозный отдых, а затем провести родостимуляцию окситоцином
 - б) вскрыть плодный пузырь, а затем предоставить медикаментозный отдых, после чего начать родостимуляцию
 - в) провести лечение асфиксии плода и начать родостимуляцию простагландинами
 - г) произвести операцию кесарева сечения
331. Повторнобеременная, первородящая, 28 лет.
В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч.
Открытие шейки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная.
Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч.
На КТГ - гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые.
Показана следующая акушерская тактика
- а) начать антибактериальную терапию
провести профилактику асфиксии плода
 - б) начать стимуляцию родовой деятельности
 - в) произвести операцию кесарева сечения

г) ничего из перечисленного

332. Повторнородящая 28 лет. 3 года назад - кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по поводу клинически узкого таза.

В настоящее время родовая деятельность слабая.

Имеется полная соразмерность головки плода и таза матери.

Длительность родов - 5 ч. Шейка укорочена до 1.5 см, шейечный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел.

Показана следующая акушерская тактика

- а) приступить к стимуляции родовой деятельности на фоне спазмолитиков
- б) произвести операцию кесарева сечения
- в) вскрыть плодный пузырь и начать родостимуляцию
- г) предоставить сон-отдых

333. К относительным показаниям к операции кесарева сечения относится

- а) эндомиометрит
- б) хориоамнионит
- в) внутриутробная смерть плода
- г) ничего из перечисленного

334. В комплексных схемах для стимуляции родовой деятельности применяются препараты

- а) окситоцин, простагландины
- б) АТФ, галаскорбин, аскорбиновая кислота, кобальта хлорид
- в) сигетин, глюкоза
- г) все перечисленные

335. Дискоординация родовой деятельности - это

- а) смещение "водителя ритма" по горизонтали
(правая и левая половины матки сокращаются в разном ритме)
- б) смещение "водителя ритма" по вертикали
(на тело или нижний сегмент матки)
- в) возникновение нескольких водителей ритма в матке
- г) все перечисленное

336. При дискоординации родовой деятельности нарушен тонус

- а) симпатико-адреналовой системы
- б) холинергической системы
- в) всего перечисленного
- г) ничего из перечисленного

337. При дискоординации сократительной деятельности матки (ДСДМ)

- а) внутриамниотическое давление по сравнению с нормой
- б) повышено
- в) понижено
- г) не изменено

338. К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относятся

- а) резкая болезненность схваток
- б) повышение базального тонуса матки
- в) уплотнение краев шейки матки в схватку
- г) все перечисленные

339. При дискоординации сократительной деятельности матки плодный пузырь

- а) плоской формы
- б) имеет плотные плодные оболочки
- в) натянут на предлежащей части плода
- г) верно все перечисленное

340. К несвоевременному излитию околоплодных вод приводят

- а) воспалительные изменения амниона
 - б) неравномерная скорость повышения и снижения
 - в) внутриматочного давления
 - г) и то, и другое
341. Для профилактики несостоятельности послеоперационного рубца на матке после интраперитонеального кесарева сечения необходимо
- а) использовать биосовместимые соединительные элементы
 - б) правильно выбирать шовный материал при зашивании разреза на матке
 - в) обеспечить герметичность полости матки
- при зашивании разреза на матке
- г) верно все перечисленное
342. Для слабости родовой деятельности наиболее характерно
- а) болезненность схваток
 - б) затрудненное мочеиспускание
 - в) затрудненная пальпация подлежащей части плода
 - г) ничего из перечисленного
343. Если подлежащая часть плода с началом родовой деятельности не прижимается ко входу в малый таз, следует предположить наличие
- а) узкого таза
 - б) угрозы разрыва матки
 - в) хроническую гипоксию плода
 - г) несостоятельности миометрия
344. Дистоция шейки матки - это
- а) ригидность тканей шейки
- из-за рубцовых изменений травматического характера
- б) ригидность тканей шейки
- из-за рубцовых изменений воспалительного характера
- в) нарушение крово- и лимфообращения
- из-за дискоординированного характера сокращений матки
- г) все перечисленное
345. Основными причинами дискоординации родовой деятельности являются
- а) клинически узкий таз
 - б) анатомическая ригидность шейки матки
 - в) функционально неполноценный плодный пузырь
 - г) все перечисленное
346. Для течения быстрых родов наиболее характерно
- а) повышение температуры тела
 - б) тошнота, рвота
 - в) сухой язык, тахикардия
 - г) ничего из перечисленного
347. Наиболее частыми осложнениями для матери при дискоординации родовой деятельности являются
- а) разрывы родовых путей
 - б) преждевременная отслойка плаценты
 - в) эмболия околоплодными водами
 - г) все перечисленные
348. Наиболее частыми осложнениями для матери при слабости родовой деятельности являются
- а) поздний гестоз
 - б) низкая плацентация
 - г) неустойчивое положение плода
- перечисленные
349. Для лечения дискоординации родовой деятельности применяют

- а) окситоцин
 - б) простенон
 - в) простагландин F₂
 - г) ничего из перечисленного
350. Для лечения слабости родовой деятельности применяют
- а) токолитики
 - б) □-миметики
 - в) спазмолитики
 - г) ничего из перечисленного
351. К основным факторам рождения крупного плода следует отнести
- а) сахарный диабет
 - б) поздний гестоз
 - в) артериальную гипотонию
 - г) резус-сенсibilизацию
352. Масса плода при макросомии наиболее интенсивно возрастает
- а) на 16-20-й неделе беременности
 - б) на 21-27-й неделе беременности
 - в) на 28-40-й неделе беременности
 - г) в I триместре беременности
353. Операцию искусственного прерывания беременности по желанию женщины
- а) при наличии у нее резус-отрицательной крови целесообразно проводить
 - б) до 8-й недели беременности
 - в) на 9-10-й неделе беременности
 - г) на 11-12-й неделе беременности
354. К медицинским показаниям к искусственному прерыванию беременности
- а) относится
 - б) возраст женщины 16-20 лет
 - в) возраст женщины 45-50 лет
 - г) перенесенная гонорея
355. Опасность перфорации матки особенно повышена
- а) при эндомиометрите
 - б) при миоме матки
 - в) при пороках развития матки
 - г) ни при чем из перечисленного
356. Абсолютным показанием к операции кесарева сечения при живом плоде является
- а) тазовое предлежание плода
 - б) лицевое предлежание плода
 - в) лобное предлежание плода
 - г) передне-теменное вставление головки плода
357. Правила способа и порядка введения ложек акушерских щипцов следующие
- а) левую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза матери
 - б) правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери
 - в) все перечисленные
 - г) ничего из перечисленного
358. При наложении выходных акушерских щипцов ложки должны лечь на головку плода
- а) в правом косом размере
 - б) в поперечном размере
 - в) в прямом размере

- г) верно все перечисленное
359. Наложение акушерских щипцов противопоказано
- а) при внутриутробном инфицировании плода
 - б) при эндомиометрите у матери
 - в) ни при чем из перечисленного
 - г) при всем перечисленном
360. Экстраперитонеальное кесарево сечение следует производить
- а) при подозрении на разрыв матки
 - б) при подозрении на неполноценный рубец на матке
 - в) при частичной преждевременной отслойке плаценты
 - г) ни при чем из перечисленного
361. Противопоказанием к операции интраперитонеального кесарева сечения является
- а) инфекция у матери
 - б) безводный промежуток от 6 до 12 ч
 - в) крупный плод
 - г) маленький плод
362. Подготовка к операции наложения выходных акушерских щипцов состоит
- а) в опорожнении мочевого пузыря
 - б) в создании условий асептики
 - в) в проведении тщательного влагалищного исследования тем акушером,
 - г) который будет накладывать акушерские щипцы
363. Имеются показания к наложению полостных акушерских щипцов.
- Плод живой, средних размеров.
- При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди. В каком размере малого таза надо наложить щипцы и какая ложка щипцов при этом будет "блуждающей"?
- а) в левом косом размере, "блуждающая" левая ложка
 - б) в левом косом размере, "блуждающая" правая ложка
 - в) в правом косом размере, "блуждающая" правая ложка
 - г) в правом косом размере, "блуждающая" левая ложка
364. Во время влечения головки в акушерских щипцах тракции должны быть
- а) периодически вращательные
 - б) периодически качательные
 - в) периодически в виде рывков
 - г) ничего из перечисленного
365. Определяющим фактором в различии частоты операции кесарева сечения при сравнении этого показателя в различных родовспомогательных учреждениях города является
- а) специализация роддомов по акушерской или соматической патологии
 - б) преобладание возрастных первородящих
- с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
- в) стиль практики отдельных врачей акушеров-гинекологов
 - г) верно все перечисленное
366. Для профилактики послеоперационных септических осложнений (после операции интраперитонеального кесарева сечения) в послеоперационном периоде можно использовать (по показаниям)
- а) аспирационно-промывное дренирование полости матки
 - б) антибактериальную терапию
 - в) оценку состояния матки с помощью гистероскопии
 - г) верно все перечисленное
367. План реабилитационных мероприятий для женщины, перенесшей операцию кесарева сечения, составляется с учетом

- а) необходимости контрацепции в течение не менее 2 лет
- б) показаний к операции кесарева сечения
- в) течения послеоперационного периода
- г) всего перечисленного

368. Анатомически узкий таз чаще всего формируется

- I) при инфантилизме
- II) при рахите
- III) при травме таза
- IV) при акселерации

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

369. Для поперечносуженного таза характерно

- I) уменьшение поперечного размера входа в малый таз
- II) уменьшение поперечного размера выхода из малого таза
- III) увеличение прямого размера входа в малый таз
- IV) увеличение высоты крестца

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

370. Основные варианты поперечносуженного таза

- I) таз, в котором увеличены все прямые размеры
- II) таз, в котором увеличен только прямой размер входа
- III) таз, в котором уменьшен прямой размер широкой части полости
- IV) таз, в котором уменьшен прямой размер входа

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

371. Наиболее частыми причинами поперечного положения плода являются

- I) многоводие
- II) седловидная матка
- III) миома матки
- IV) поздний гестоз

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

372. При проведении специального акушерского обследования необходимо обращать внимание на следующие диагностические критерии поперечносуженного таза

- I) уменьшение поперечного размера крестцового ромба
- II) уменьшение поперечного размера выхода таза
- III) сближение седалищных остей при влагалищном исследовании
- IV) острый лонный угол

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

373. Биомеханизм родов у женщин с уменьшенным прямым размером

широкой части полости малого таза имеет следующие особенности

- I) головка проходит через плоскости малого таза стреловидным швом в поперечном размере
 - II) может иметь место низкое поперечное стояние стреловидного шва
 - III) происходит разгибание головки плода
 - IV) всегда имеет место задний вид плода (по спинк)
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

374. Основное отличие простого плоского таза от плоско-рахитического

- а) состоит в следующем
 - II) имеет место уплощение крестца
 - III) укорочен только прямой размер входа в малый таз
 - IV) имеет место деформация таза
 - V) мыс более глубоко вдается в полость малого таза
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) все ответы неправильны

375. Для плоско-рахитического таза характерно

- I) уменьшение прямого размера входа в малый таз
 - II) увеличение прямого размера широкой части полости малого таза
 - III) увеличение высоты крестца
 - IV) увеличение вогнутости крестца
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

376. Углы пояснично-крестцового ромба у женщины репродуктивного возраста соответствуют

- I) верхний угол - остистому отростку пятого поясничного позвонка
 - II) нижний угол - верхушке крестца
 - III) боковые углы - верхне-задним остям подвздошных костей
 - IV) боковые углы - окончаниям подвздошных гребней сзади
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

377. Значение для определения величины истинной конъюгаты имеет

- I) наружная конъюгата
 - II) окружность в области лучезапястного сустава
 - III) вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба
 - IV) поперечная диагональ пояснично-крестцового ромба
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

378. Вторая степень клинически узкого таза (значительное несоответствие) характеризуется следующими признаками

- I) биомеханизм родов соответствует форме узкого таза
- II) резко выражена конфигурация головки плода

III) у роженицы отмечается затрудненное мочеиспускание

IV) признак Вастена положительный

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

379. Кесарево сечение производят, как правило, в плановом порядке, если имеет место

I) тазовое предлежание крупного плода

II) ножное предлежание плода в сочетании с плоским тазом у беременной

III) ножное предлежание плода в сочетании с разгибанием его головки

IV) рубец на матке и тазовое предлежание

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

380. Кесарево сечение следует произвести в плановом порядке, если имеет место

I) бесплодие в анамнезе

II) рождение травмированных детей или мертворождение в анамнезе

III) хроническая гипоксия плода

IV) множественная миома матки

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

381. Условиями для наружного акушерского поворота плода на головку являются

I) живой плод

II) целые воды

III) срок беременности 34-36 недель

IV) отсутствие послеоперационного рубца на матке

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

382. Комбинированный акушерский поворот плода на ножку производят при условии

I) полного открытия шейки матки

II) наличия живого плода

III) полной соразмерности плода и таза матери

IV) наличия целого плодного пузыря

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

383. Если поперечное положение плода обнаружено в женской консультации в 36 недель беременности, то наиболее правильной является следующая тактика акушера-гинеколога

I) госпитализировать беременную в родильный дом

II) провести гимнастику по Дикань

III) если поперечное положение плода не изменилось на головное, произвести операцию кесарева сечения в плановом порядке

IV) при благоприятном течении беременности осуществлять наблюдение за беременной в женской консультации до 40 недель, после чего госпитализировать ее родильный дом

- для подготовки к родоразрешению
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
384. В этиологии низкого поперечного стояния стреловидного шва наибольшее значение имеет
- I) анатомическое сужение таза
 - II) переднеголовное предлежание плода
 - III) мертвый плод
 - IV) несостоятельность мышц тазового дна
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
385. В диагностике тазового предлежания плода большое значение имеет следующее
- I) высокое стояние дна матки
 - II) расположение места наиболее отчетливого выслушивания сердцебиения плода выше пупка
 - III) определение над входом в малый таз крупной части плода, баллотирующей
 - IV) определение в дне матки крупной части плода, небаллотирующей
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
386. Наиболее частым осложнением родов в тазовом предлежании плода является
- I) несвоевременное излитие околоплодных вод
 - II) слабость родовой деятельности
 - III) разгибание ручек
 - IV) запрокидывание головки
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
387. Показанием к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода является
- I) анатомическое сужение таза
 - II) возраст первородящей старше 35 лет
 - III) привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе
 - IV) гипотрофия плода различной этиологии
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
388. Показанием к операции кесарева сечения в родах при тазовом предлежании живого доношенного плода является
- I) отсутствие эффекта от родовозбуждения окситоцическими средствами на протяжении 6-10 ч безводного промежутка
 - II) рубец на матке
 - III) слабость родовой деятельности
 - IV) выпадение петель пуповины при раскрытии маточного зева до 4-5 см и ножном предлежании плода
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

389. Для операции наложения выходных акушерских щипцов необходимы следующие условия

I) открытие шейки матки полное

II) живой плод

III) отсутствие плодного пузыря

IV) головка плода расположена стреловидным швом в прямом размере плоскости входа

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

390. Показания к операции кесарева сечения определяют, как правило, с учетом следующих факторов

I) возраст женщин

II) срок беременности

III) анатомические размеры таза

IV) акушерско-гинекологический анамнез

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

391. Абсолютными показаниями к операции интраперитонеального кесарева сечения в нижнем маточном сегменте являются

I) шейная миома матки

II) выраженное варикозное расширение вен влагалища и вульвы

III) ушитый моче-половой свищ

IV) анатомическое сужение таза I степени

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

392. К операции корпорального (классического) кесарева сечения могут быть следующие показания

I) второй триместр беременности

II) бывшее ранее корпоральное кесарево сечение

III) наличие шейчно-перешеечного миоматозного узла

IV) планируемая вслед за операцией кесарева сечения надвлагалищная ампутация или экстирпация матки

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

393. При выборе методики операции кесарева сечения, как правило, необходимо учитывать следующее

I) условия для операции

II) противопоказания к операции

III) технические возможности хирурга

IV) факторы риска послеоперационных септических осложнений

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

394. Вслед за операцией интраперитонеального кесарева сечения оперирующему врачу приходится переходить на операцию надвлагалищной ампутации или экстирпации матки при следующих клинических ситуациях

1) преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и развитии "матки Кувелера"

2) гнойном метроэндометрите

3) истинном приращении плаценты

4) субсерозной миоме матки

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

395. Качество послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения в основном зависит

1) от выбора методики операции

2) от техники зашивания разреза на матке во время операции

3) от степени чистоты влагалищного мазка до операции

4) от ведения послеоперационного периода

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

396. Для ранней диагностики возможных септических осложнений после операции кесарева сечения в послеоперационном периоде важно следующее

1) учет факторов риска септических осложнений

2) учет динамики пульса и артериального давления

3) оценка соответствия характера и количества лохий дню послеоперационного (послеродового) периода

4) измерение трехчасовой температуры тела женщины

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

397. Организация специализированного акушерского стационара, как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями:

а) сердечно-сосудистой системы;

б) почек;

в) диабете и другой эндокринной патологии;

г) со всеми перечисленными.

398. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности составляет

а) 5 лет;

б) 4 года;

в) 3 года;

г) 2 года.

399. В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает:

а) поздний гестоз беременных;

б) экстрагенитальная патология;

в) кровотечения;

г) инфекция.

400. Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа абортов, как правило, включает в себя:
- 1) знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории;
 - 2) выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности;
 - 3) знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать;
 - 4) знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий.
- а) правильно 1, 2, 3;
б) правильно 1, 2;
в) все ответы правильны;
г) правильно только 4.
401. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит:
- а) с мочеточниками;
 - б) с дном мочевого пузыря;
 - в) с шейкой мочевого пузыря;
 - г) с мочеиспускательным каналом.
402. Для определения эстрогенной насыщенности организма мазки на кольпоцитологию надо исследовать в следующие дни менструального цикла:
- а) 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15;
 - б) 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14;
 - в) 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27;
 - г) 3, 10, 16, 20, 25.
403. Кариопикнотический индекс - это процентное отношение
- а) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
 - б) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке;
 - в) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
 - г) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам.
404. Феномен "зрачка" (+ + +): раскрытие цервикального канала до 0.3 см в диаметре (наружный зев в виде круга) соответствует:
- а) 5-6-му дню менструального цикла;
 - б) 7-8-му дню менструального цикла;
 - в) 9-10-му дню менструального цикла;
 - г) 13-14-му дню менструального цикла.
405. Растяжение цервикальной слизи до 10-12 см на 24-й день менструального цикла свидетельствует:
- а) об ановуляторном цикле;
 - б) о гиперандрогении;
 - в) об укорочении II фазы цикла;
 - г) об укорочении I фазы цикла.
406. Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить:
- а) на 7-8-й день менструального цикла
 - б) на 1-5-й день менструального цикла
 - в) на 20-25-й день менструального цикла
 - г) на 26-28-й день менструального цикла
407. Противопоказаниями к лапароскопии в гинекологии является все перечисленное, кроме:
- а) острого воспалительного процесса в придатках;
 - б) выраженного спаечного процесса в брюшной полости;
 - в) нарушенной маточной беременности;

- г) тяжелого общего состояния больной.
408. Наименьшим сроком беременности, считая от момента зачатия, при котором можно обнаружить плодное яйцо с помощью трансабдоминальной эхографии, является:
- а) 1 неделя;
 - б) 2 недели;
 - в) 3 недели;
 - г) 4 недели.
409. Амниоскопия позволяет, в основном, оценить;
- а) количество околоплодных вод
 - б) окрашивание околоплодных вод
 - в) наличие хлопьев сыровидной смазки
 - г) все перечисленное
410. При подозрении на рак эндометрия гистероскопия позволяет установить все перечисленное, кроме:
- а) наличия патологического процесса;
 - б) распространенности процесса по поверхности;
 - в) глубины инвазии;
 - г) произвести прицельную биопсию.
411. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме
- а) дисфункциональных маточных кровотечений;
 - б) кровотечения в постменопаузе;
 - в) подозрения на внематочную беременность;
 - г) бесплодия.
412. Родовая боль возникает вследствие
- а) раздражения нервных окончаний матки и родовых путей
 - б) снижения порога болевой чувствительности мозга
 - в) снижения продукции эндорфинов
 - г) всего перечисленного
413. Задачей применения препаратов спазмолитического действия является:
- а) снижение порога болевой чувствительности
 - б) усиление действия наркотических средств
 - в) подавление действия эндорфинов
 - г) снижение гипертонуса поперечно и циркуляторно расположенных гладкомышечных волокон.
414. Пудендальную анестезию чаще всего применяют
- а) во втором периоде преждевременных родов
 - б) при плодоразрушающих операциях
 - в) при экстракции плода за тазовый конец
 - г) при всем перечисленном.
415. При необходимости обезболивания родов у роженицы с узким тазом следует предпочесть
- а) ингаляционные анестетики
 - б) промедол
 - в) морфий
 - г) виадрил
416. Для обезболивания родов применяют следующие анестетики
- а) закись азота
 - б) трилен
 - в) электроанестезия
 - г) все перечисленные.
417. При аборте применяют, как правило, следующий вид обезболивания:
- а) ингаляционные анестетики
 - б) эндотрахеальный наркоз

- в) пудендальную анестезию
 - г) перидуральную анестезию
418. Для лечения дискоординации родовой деятельности, как правило, применяют
- а) промедол
 - б) морфий
 - в) токолитики
 - г) все перечисленное
419. Ранняя функция цитотрофобласта, в основном, состоит
- а) в гистиотрофном питании зародыша
 - б) в продукции гормонов ХГ (хорионического гонадотропина) и ПЛ (плацентарного лактогена)
 - в) в продукции эстрогенов и прогестерона
 - г) во всем перечисленном
420. Первичные ворсинки хориона образуются чаще всего
- а) на 1-й неделе беременности
 - б) на 2-й неделе беременности
 - в) на 3-й неделе беременности
 - г) на 4-й неделе беременности
421. Эмбриопатией называются заболевания
- а) возникшее на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
 - б) возникшие в первом триместре беременности
 - в) внутриутробные пороки развития плода
 - г) все перечисленные
422. Следующая после имплантации стадия дифференцировки трофобласта - это образование
- а) первичных ворсин хориона
 - б) морулы
 - в) бластоцисты
 - г) всего перечисленного
423. Эмбриогенез заканчивается
- а) на 4-й неделе развития плода
 - б) на 6-й неделе развития плода
 - в) на 8-й неделе развития плода
 - г) на 10-й неделе развития плода
424. Плацентация начинается
- а) с 3-й недели развития зародыша
 - б) когда сосуды врастают в ворсинки хориона
 - в) когда вторичные ворсинки превращаются в третичные
 - г) верно все перечисленное
425. При физиологической беременности в нервной системе наблюдаются следующие изменения
- а) периодические колебания интенсивности нейродинамических процессов
 - б) понижение возбудимости коры головного мозга
 - в) повышение возбудимости ретикулярной формации мозга
 - г) все перечисленные
426. В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза
- а) гиперкоагуляция
 - б) гипокоагуляция
 - в) коагулопатия потребления
 - г) активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена

427. Наиболее частыми осложнениями в I триместре беременности являются все перечисленные, кроме
- а) угрозы выкидыша
 - б) раннего токсикоза
 - в) анемии
 - г) нефропатии
428. Запоздалое созревание плаценты может приводить
- а) к перенашиванию беременности
 - б) к преждевременной отслойке плаценты
 - в) к незрелости плода
 - г) ко всему перечисленному.
429. Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме
- а) изменения контуров и смещения дна матки
 - б) опускания отрезка пуповины
 - в) отсутствия втягивания пуповины при глубоком вдохе роженицы
 - г) усиления кровотечения из половых путей
430. Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет
- а) 2-4 ч
 - б) 5-7 ч
 - в) 8-10 ч
 - г) 12-14 ч
431. Первый период физиологических родов заканчивается всегда
- а) полным раскрытием шейки матки
 - б) возникновением потуг
 - в) излитием околоплодных вод
 - г) через 6-8 ч от начала регулярных схваток
432. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся
- а) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода
 - б) с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения
 - в) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов
 - г) с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения
433. Нормальному развитию плода в организме беременной женщины способствует
- а) иммунологическая инертность хориона
 - б) групповые антигены плода в околоплодных водах
 - в) группо-специфический антиген плаценты
 - г) все перечисленное
434. Концентрация α -фетопротеина повышается
- а) при нормальном развитии плода
 - б) при дефектах развития нервной трубки плода
 - в) при пороках развития почек плода
 - г) при пороках развития матки
435. Нормальной реакцией плода на задержку дыхания у матери является
- а) учащение частоты сердечных сокращений
 - б) урежение частоты сердечных сокращений
 - в) вначале учащение, а затем урежение
 - г) вначале урежение, а затем учащение
436. В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной
- а) 120-160 в минуту
 - б) 110-150 в минуту

- в) 100-180 в минуту
 - г) более 200 в минуту
437. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее
- а) 20 см
 - б) 19.5 см
 - в) 19 см
 - г) 18.5 см
438. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее
- а) 12 см
 - б) 11.5 см
 - в) 11 см
 - г) 10.5 см
439. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет
- а) менее 13.5 до 13 см
 - б) менее 13 до 12.5 см
 - в) менее 12.5 до 12 см
 - г) менее 12 до 11.5 см
440. После комбинированного акушерского поворота плода (при полном открытии маточного зева) контрольное ручное обследование полости матки производят
- а) обязательно
 - б) не обязательно
 - в) только если началось кровотечение
 - г) только при крупном плоде
441. Особенностью биомеханизма родов при плоском тазе является
- а) некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз
 - б) внутренний поворот головки плода совершается на тазовом дне
 - в) по окончании внутреннего поворота головки плод находится, как правило, в заднем виде (по спинке)
 - г) все перечисленное
442. При дискоординации родовой деятельности нарушен тонус
- а) симпатико-адреналовой системы
 - б) холинергической системы
 - в) всего перечисленного
 - г) ничего из перечисленного
443. Имеются показания к наложению полостных акушерских щипцов. Плод живой, средних размеров. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди. В каком размере малого таза надо наложить щипцы и какая ложка щипцов при этом будет "блуждающей"?
- а) в левом косом размере, "блуждающая" левая ложка
 - б) в левом косом размере, "блуждающая" правая ложка
 - в) в правом косом размере, "блуждающая" правая ложка
 - г) в правом косом размере, "блуждающая" левая ложка
444. Ревматизм - это заболевание
- а) паразитарное
 - б) инфекционно-аллергическое
 - в) гормональное
 - г) наследственное
445. Первичный ревмокардит у беременных встречается
- а) часто

- б) редко
 - в) всегда
 - г) никогда
446. Левожелудочковая недостаточность характерна
- а) для аортальных пороков
 - б) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия
 - в) для всего перечисленного
 - г) ни для чего из перечисленного
447. При пролапсе митрального клапана беременность
- а) можно сохранить
 - б) прервать
 - в) пролонгировать в зависимости от состояния
448. Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II-III стадии
- а) 32 недели
 - б) 36 недель
 - в) 37-38 недель
 - г) 39-40 недель
449. Заболевание беременной краснухой приводит к развитию
- а) преждевременного прерывания беременности
 - б) аномалии развития плода
 - в) тяжелым поражениям материнского организма
450. Эмбриопатии при вирусном гепатите
- а) возможны при заболевании в любом сроке беременности
 - б) возможны при заболевании до 12 недель
 - в) невозможны
451. При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо
- а) пролонгировать только в зависимости от состояния женщины
 - б) прерывать
 - в) сохранять
452. Листериоз - это инфекционное заболевание, вызванное
- а) бактериями
 - б) вирусами
 - в) простейшими
 - г) возбудителем, занимающим срединное положение между бактериями и вирусами
453. Инфекционные фетопатии - это поражение плода при сроке беременности
- а) 6-11 недель
 - б) 12-17 недель
 - в) 18-27 недель
 - г) 28-32 недели
454. Поражение плода при сифилисе у беременных происходит
- а) трансплацентарно
 - б) восходящим путем
 - в) во время родов
455. При возникновении беременности у больных эпилепсией показано
- а) сохранение беременности
 - б) прерывание во II триместре
 - в) прерывание в III триместре
 - г) прерывание при ухудшении состояния больной
456. Токсоплазмы при беременности попадают к плоду
- а) трансплацентарно

- б) восходящим путем
 - в) верно и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
457. Особенности течения беременности у больных с синдромом или болезнью Иценко - Кушинга является все перечисленное, кроме
- а) основное заболевание не оказывает влияния на течение беременности
 - б) беременность часто осложняется тяжелым гестозом ОПГ
 - в) часто наблюдаются самопроизвольные выкидыши
 - г) характерно развитие внутриутробной гипоксии и отставание развития плода
458. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины
- а) 80 г/л
 - б) 90 г/л
 - в) 100 г/л
 - г) 110 г/л
459. Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается
- а) в теле матки
 - б) в нижнем сегменте матки
 - в) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев
 - г) по задней стенке матки
460. Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно применить
- а) радиоизотопную сцинтиграфию
 - б) тепловидение
 - в) ультразвуковое сканирование
461. Полная отслойка плаценты значительно чаще развивается у беременных
- а) с миомой матки
 - б) с кистой яичника
 - в) с артериальной гипертензией
 - г) с артериальной гипотонией
462. Для истинного приращения плаценты характерно врастание ворсин хориона
- а) в базальный слой слизистой оболочки
 - б) в миометрий
 - в) в компактный слой слизистой оболочки
 - г) в спонгиозный слой слизистой оболочки
463. Третья стадия геморрагического шока (необратимый шок) развивается
- а) вслед за централизацией кровообращения
 - б) вслед за децентрализацией кровообращения
 - в) верно и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
464. Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать
- а) 90 мм рт. ст.
 - б) 80 мм рт. ст.
 - в) 70 мм рт. ст.
 - г) 60 мм рт. ст.
465. Для лечения беременной с ранним токсикозом (рвотой беременных) применяют, как правило, все перечисленное, кроме
- а) спленина
 - б) витаминов группы В
 - в) эуфиллина
 - г) раствора Рингер - Локка

466. Микрогематурия наиболее характерна
- а) для позднего гестоза
 - б) для пиелонефрита
 - в) для гломерулонефрита
467. Началу позднего гестоза соответствует увеличение среднего артериального давления у беременной (по сравнению с ее исходным средним АД)
- а) на 5 мм рт. ст.
 - б) на 10 мм рт. ст.
 - в) на 15 мм рт. ст.
 - г) на 20 мм рт. ст.
468. Применение диуретических препаратов для лечения больных с поздним гестозом показано
- а) при анурии
 - б) при высокой гипертензии (180/100 мм рт. ст. и выше)
 - в) при тромбозе
469. При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме
- а) нарушения задней спайки
 - б) повреждения стенок влагалища
 - в) повреждения мышц промежности
 - г) повреждения наружного сфинктера прямой кишки
470. При разрыве промежности III степени швы накладывают, как правило, в следующей последовательности
- а) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности
 - б) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности
 - в) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности
 - г) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности
471. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является
- а) восстановление слизистой влагалища
 - б) наложение швов на мышцы промежности
 - в) восстановление сфинктера прямой кишки
 - г) зашивание разрыва стенки прямой кишки
472. Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием
- а) болезненности нижнего сегмента матки
 - б) сильной родовой деятельности
 - в) затруднения мочеиспускания
 - г) отека шейки матки
473. Для ановуляторного менструального цикла с атрезией фолликулов характерно
- а) высокий уровень эстрогенов
 - б) опсоменорея, сменяющаяся длительными мажущими кровянистыми выделениями
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
474. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено
- а) на стимуляцию функции яичников
 - б) на получение менструальноподобной реакции
 - в) на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств
475. Аменорея при гигантизме связана
- а) с гиперпродукцией АКТГ до периода полового созревания

- б) с гиперпродукцией СТГ до периода полового созревания
 - в) с гиперпродукцией АКТГ после окончания периода полового созревания
 - г) с гиперпродукцией СТГ после окончания периода полового созревания
476. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано
- а) проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме
 - б) лапароскопия и биопсия яичников
 - в) лапароскопия и удаление гонад
 - г) прогестероновая проба
477. Синдром Шерешевского - Тернера - это
- а) "чистая" форма дисгенезии гонад
 - б) типичная форма дисгенезии гонад
 - в) "смешанная" форма дисгенезии гонад
 - г) ложный мужской гермафродитизм
478. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно
- а) к вирилизации
 - б) к малигнизации
 - в) к феминизации
479. К анатомическим особенностям матки у новорожденной девочки относятся
- а) тело и шейка матки по длине и толщине равны между собой
 - б) тело матки маленькое, шейка почти не выражена
 - в) матка небольшая, длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки
 - г) матка имеет двурогую форму
480. Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены
- а) нарушением ритмической продукции гормонов яичника
 - б) органическими заболеваниями половой системы
 - в) заболеванием различных систем организма
481. Отсутствие полового развития обусловлено
- а) перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве
 - б) перенесенными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии в пубертатном возрасте
 - в) хромосомными аномалиями
482. Особенностью развивающихся вторичных половых признаков у девочек по сравнению с мальчиками является все перечисленное, кроме
- а) развития жировой клетчатки по женскому типу
 - б) изменения соотношения между тазовым и плечевым поясом в сторону относительного увеличения окружности последнего
 - в) более тонкой и нежной кожи
 - г) роста волос в области наружных гениталий с их распределением в виде треугольника с вершиной, направленной книзу
483. Основным критерием живорождения является
- а) масса плода 1000 г и более
 - б) рост плода 35 см и более
 - в) наличие сердцебиения
 - г) наличие самостоятельного дыхания
484. При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом
- а) нормопонирующим
 - б) антепонирующим
 - в) постпонирующим
485. ФСГ стимулирует
- а) рост фолликулов в яичнике

- б) продукцию кортикостероидов
 - в) продукцию ТТГ в щитовидной железе
486. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны
- а) гонадотропины
 - б) эстрогены
 - в) гестагены
 - г) рилизинг-факторы
487. Пройоменорея - это
- а) скудные менструации
 - б) короткие менструации (1-2 дня)
 - в) короткий менструальный цикл, частые менструации
488. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена
- а) золотистым стафилококком
 - б) грамотрицательной флорой
 - в) анаэробами
 - г) ассоциацией микроорганизмов
489. Аменорея - это отсутствие менструации в течение
- а) 4 мес
 - б) 5 мес
 - в) 6 мес
490. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов
- а) температура тела родильницы 38°C и выше
 - б) тахикардия до 100 ударов в минуту
 - в) лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов
491. Акушерский перитонит чаще всего возникает после
- а) родов
 - б) раннего самопроизвольного выкидыша
 - в) кесарева сечения
 - г) искусственного аборта
492. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита
- а) лимфогенный
 - б) гематогенный
 - в) галактогенный
493. Сочетание антибиотиков бактерицидных и бактериостатических (при проведении антибактериальной терапии у больной с лактационным маститом) дает эффект
- а) аддитивный
 - б) антагонистический
 - в) синергический
494. К клиническим формам гнойного лактационного мастита относится все перечисленное, кроме
- а) фурункулеза ареолы
 - б) инфильтративного мастита
 - в) абсцесса ареолы
 - г) абсцесса в толще молочной железы
495. Продолжительность стадии серозного лактационного мастита обычно составляет
- а) 1-2 дня
 - б) 3-4 дня
 - в) 5-6 дней
 - г) 7-8 дней
496. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является мастит
- а) флегмонозный

- б) гангренозный
 - в) абсцедирующий
 - г) инфильтративно-гнойный
497. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме
- а) стафилококка
 - б) стрептококка
 - в) гонококка
 - г) гарднереллы
498. Лечение больных с хронической гонореей включает все перечисленное, кроме
- а) терапии гоновакциной
 - б) пирогенала
 - в) санаторно-курортного лечения
 - г) влагалищных ванночек с 3-5% раствором протаргола
499. У больных со сформировавшимся гнойным воспалительным образованием придатков матки (в "холодном" периоде) ничто из перечисленного не показано, кроме
- а) пункции образования через задний влагалищный свод, опорожнения гнойной полости и введения в нее антибиотиков
 - б) хирургического лечения
 - в) терапии пирогеналом
 - г) терапии гоновакциной
500. Преобладание в анализе мочи по Нечипоренко лейкоцитов наиболее характерно
- а) для эклампсии
 - б) для пиелонефрита
 - в) для гломерулонефрита
 - г) для почечно-каменной болезни
501. При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме
- а) нарушения задней спайки
 - б) повреждения стенок влагалища
 - в) повреждения мышц промежности
 - г) повреждения наружного сфинктера прямой кишки
 - д) повреждения кожи промежности
502. При разрыве промежности I степени швы накладывают, как правило
- а) на слизистую влагалища
 - б) на мышцы промежности
 - в) на кожу промежности
 - г) верно а) и в)
 - д) на все перечисленное
503. Разрыв шейки матки III степени (с одной или двух сторон) характеризуется тем, что он
- а) более 2 см, но не доходит до свода влагалища
 - б) доходит до свода влагалища
 - в) сливается с разрывом верхнего отдела влагалища
 - г) верно б) и в)
 - д) все перечисленное неверно
504. Тактика ведения больных при быстро нарастающей гематоме наружных половых органов должна быть следующей
- а) применяют давящую повязку
 - в) внутрь - витамин С, хлорид кальция
 - в) проводят антианемическое лечение
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно

- 505 Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является
- а) восстановление слизистой влагалища
 - б) наложение швов на мышцы промежности
 - в) восстановление сфинктера прямой кишки
 - г) зашивание разрыва стенки прямой кишки
- 506 Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием
- а) болезненности нижнего сегмента матки
 - б) сильной родовой деятельности
 - в) затруднения мочеиспускания
 - г) отека шейки матки
- 507 Условия вторичного наложения швов на промежность в послеродовом периоде
- а) отсутствие раневого отделяемого
 - б) отсутствие инфильтрата по линии разрыва
 - в) нормальная температура тела
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
- 508 Особенности методики зашивания стенки прямой кишки (при разрыве промежности III степени)
- а) использование кетгутовых лигатур (N 1)
 - б) наложение швов на расстоянии 1-1.2 см друг от друга
 - в) завязывание узлов лигатуры в просвет кишки
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
- 509 Факторы, предрасполагающие к перфорации матки во время производства искусственного аборта
- а) неправильное положение матки
 - б)отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
 - в) опухоли матки
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
- 510 Объем оперативного лечения при перфорации матки во время аборта зависит в основном
- а) от силы кровотечения
 - б) от выраженности болевого синдрома
 - в) от характера повреждения
 - г) верно а) и в)
 - д) от всего перечисленного
- 511 Причины возникновения разрывов влагалища в родах
- 1) инфантилизм
 - 2) стремительное течение родов
 - 3) крупная головка плода
 - 4) неправильные (разгибательные) предлежания головки плода
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
512. При разрыве промежности II степени проводят, как правило, поэтапное зашивание
- 1) слизистой влагалища
 - 2) мышц промежности
 - 3) кожи промежности
 - 4) наружного сфинктера прямой кишки

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

513 Принципы лечения совершившегося разрыва матки

- 1) адекватное анестезиологическое пособие
- 2) оперативное вмешательство
- 3) инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере
- 4) коррекция нарушений гемокоагуляции

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

514 Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется, как правило, следующим

- 1) наличием опухолевидного образования
- 2) сине-багровой окраской образования
- 3) напряжением тканей над образованием и болезненностью
- 4) возможным появлением признаков анемии

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

515 Профилактика разрывов промежности включает

1) соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах

- 2) бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций
- 3) правильное ведение родов
- 4) перинеотомию или эпизиотомию

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

516 Показания к перинеотомии или эпизиотомии

- 1) ригидная промежность
- 2) операция наложения акушерских щипцов
- 3) высокая промежность
- 4) недоношенный плод

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

517 Причины, вызывающие гематомы наружных половых органов и влагалища

1) оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец)

- 2) патологические изменения в сосудистой системе
- 3) затяжные роды

- 4) ригидная промежность
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
- 518 Возникновению самопроизвольных разрывов шейки матки способствует
- 1) ригидность шейки матки
 - 2) изменения, связанные с предшествующими воспалительными процессами и травмами шейки матки
 - 3) крупный плод
 - 4) экстракция плода за тазовый конец
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
- 519 Для клинической картины разрыва шейки матки характерно
- 1) периодически повторяющееся кровотечение из половых путей
 - 2) гипотония матки
 - 3) ДВС-синдром
 - 4) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
520. Глубокие разрывы шейки матки опасны возникновением
- 1) кровотечения
 - 2) эктропиона
 - 3) хронического воспаления слизистой оболочки шеечного канала
 - 4) гипотонии матки
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
521. Причины разрыва матки во время беременности
- 1) клинически узкий таз
 - 2) анатомически узкий таз
 - 3) крупный плод
 - 4) несостоятельность послеоперационного рубца на матке
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
522. Причины разрыва матки в родах
- 1) клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери
 - 2) поперечное положение плода
 - 3) анатомически узкий таз
 - 4) крупный плод

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

523. К разрыву матки предрасполагает

- 1) рубец на матке после операции кесарева сечения
- 2) повреждение матки при аборте
- 3) дегенеративные и воспалительные процессы в матке, перенесенные до настоящей беременности
- 4) инфантилизм

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

524. Причиной насильственного разрыва матки является

- 1) травма
- 2) внешнее воздействие при наличии перерастяжения нижнего маточного сегмента
- 3) рубец на матке
- 4) слабость родовой деятельности

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

525. Состояние, определяющее группы риска по возникновению разрыва матки

1) воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов специфической и неспецифической этиологии

- 2) наличие в анамнезе осложненных родов, абортов
- 3) операция кесарева сечения в анамнезе
- 4) неблагополучие социального статуса женщины

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные состояния
- г) верно 4
- д) ни одно из перечисленных состояний

526. Осложнение беременности и родов, указывающее на возможный риск разрыва матки в родах

- 1) крупный плод
- 2) лобное вставление головки плода
- 3) переношенная беременность
- 4) многоводие

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные осложнения
- г) верно 4
- д) ни одно из перечисленных осложнений

527. Симптомами угрожающего разрыва матки являются

- 1) гипертонус матки
- 2) высокое стояние контракционного кольца
- 3) болезненность нижнего сегмента матки при пальпации

- 4) потуги при высоко стоящей головке плода
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

528.Симптомами начавшегося разрыва матки являются

- 1) непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз
- 2) выраженная болезненность живота вне схваток или потуг
- 3) кровянистые выделения из матки
- 4) примесь крови в моче
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

529.Клинические признаки совершившегося разрыва матки

- 1) распирающая боль в животе
- 2) тяжелое состояние женщины, связанное с шоком
- 3) прекращение родовой деятельности
- 4) определение частей плода при пальпации непосредственно под брюшной стенкой
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

530.В оценке полноценности рубца на матке после операции кесарева сечения (у беременной) имеет значение

- 1) методика операции
- 2) течение послеоперационного периода
- 3) интервал времени между операциями и настоящей беременностью
- 4) масса плода при данной беременности
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

531.Выбор объема операции при совершившемся разрыве матки определяется

- 1) тяжестью состояния больной
- 2) характером повреждения
- 3) сопутствующим инфицированием матки
- 4) быстротой и надежностью остановки кровотечения
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

532.Тактика врача женской консультации по профилактике разрыва матки при ведении беременной с рубцом на матке включает

- 1) учет факторов риска (рубец на матке)

- 2) госпитализацию беременной (при благоприятном течении беременности) за 2-3 недели до срока родов
- 3) профилактика крупного плода
- 4) своевременную диагностику клинически узкого таза
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного
533. К группе риска по акушерской травме таза относятся беременные
- 1) с симфизиопатией во время беременности
- 2) с крупным плодом
- 3) с узким тазом
- 4) страдающие генитальным инфантилизмом
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) никто из перечисленных
534. При разрыве лонного сочленения в родах может одновременно повреждаться
- 1) мочевого пузыря
- 2) уретра
- 3) клитор
- 4) шейка матки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного
535. Клиническая картина при расхождении лонного сочленения характеризуется
- 1) болью в области лобка
- 2) отеком тканей и углублением между разошедшимися концами лобковых костей
- 3) болью при пальпации лонного сочленения
- 4) усилением боли в области симфиза при разведении ног, согнутых в коленях и тазобедренных суставах
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного
536. Диагностика расхождений и разрывов лонного сочленения основывается
- 1) на учете особенностей течения родов
- 2) на данных клинического исследования
- 3) на УЗИ
- 4) на рентгенографии костей таза
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) на всем перечисленном
- г) верно 4
- д) ни на чем из перечисленного
537. Современные методы лечения разрывов лонного сочленения
- 1) создание покоя

- 2) тугое бинтование таза эластичным бинтом
 - 3) положение на щите (в течение 3-5 недель)
 - 4) разработка специальных ортопедических моделей
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

538. Тактика врача женской консультации по профилактике акушерского травматизма у беременной с анатомически узким тазом включает

- 1) специальный учет в женской консультации беременных с анатомически узким тазом
 - 2) своевременное выявление крупного плода
 - 3) предупреждение перенашивания беременности
 - 4) своевременное выявление аномалий положения плода
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

539. Профилактика травм уретры, мочевого пузыря во время родов включает

- 1) диагностику анатомически узкого таза
- 2) своевременную диагностику клинически узкого таза
- 3) опорожнение мочевого пузыря при анатомически или же при функционально узком

тазе

- 4) своевременное выявление аномалий родовой деятельности
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

540. Травма мочеточника возможна

- 1) при операции по поводу шеечной миомы
 - 2) при удалении интралигаментарных узлов миомы
 - 3) при удалении кистомы яичника
 - 4) при разрыве матки
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) при всем перечисленном
 - г) верно 4
 - д) ни при чем из перечисленного

541. Особенности производства аборта при неправильном положении матки

- 1) проведение влагалищного исследования для получения данных о положении матки
 - 2) последовательное расширение цервикального канала шейки матки
 - 3) форсированное расширение цервикального канала шейки матки
 - 4) применение абортцанга
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

542. Основные осложнения при производстве аборта у женщин с миомой матки

- 1) перфорация матки

- 2) кровотечение
- 3) травма других органов брюшной полости
- 4) воспаление матки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

543. Клиника перфорации матки во время искусственного аборта (при применении анестезиологического пособия)

- 1) неожиданное более глубокое проникновение инструмента, чем это соответствует размерам матки
- 2) начавшееся кровотечение
- 3) резкая болевая реакция
- 4) шок
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4
- д) все перечисленное неверно

544. Консервативное лечение при перфорации матки зондом возможно

- 1) при отсутствии кровотечения
- 2) при отсутствии симптомов раздражения брюшины
- 3) при нормальной частоте пульса
- 4) при удовлетворительном состоянии женщины
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) при все перечисленном
- г) верно 4
- д) ни при чем из перечисленного

545. Ранение мочевого пузыря при брюшностеночных операциях возникает чаще всего

- 1) при вскрытии брюшины
- 2) при отсепаровке мочевого пузыря от шейки матки
- 3) при изменении анатомических соотношений органов малого таза
- 4) при воспалительных изменениях в малом тазу
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) при всем перечисленном
- г) верно 4
- д) ни при чем из перечисленного

546. Повреждение мочеточников возможно

- 1) при влагалищных операциях
- 2) при надвлагалищной ампутации матки
- 3) при пангистерэктомии
- 4) при обширных спаечных процессах в малом тазу
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) при всем перечисленном
- г) верно 4
- д) ни при чем из перечисленного

547. Ранение кишечника возможно

- 1) при производстве влагалищных операций

- 2) при брюшностеночных операциях
 - 3) при перфорации матки во время операции искусственного аборта
 - 4) при выделении опухолей малого таза, сращенных с его стенками и кишечником
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) при всем перечисленном
 - г) верно 4
 - д) ни при чем из перечисленного
548. Показаниями к хирургическому лечению при опухолях матки являются
- 1) большие размеры опухоли
 - 2) сдавление опухолью соседних органов
 - 3) маточные кровотечения с анемизацией женщины
 - 4) некроз и нагноение миоматозного узла
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
549. К анатомическим особенностям матки у новорожденной девочки относятся
- а) тело и шейка матки по длине и толщине равны между собой
 - б) тело матки маленькое, шейка почти не выражена
 - в) матка небольшая, длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки
 - г) матка имеет двурогую форму
 - д) ничего из перечисленного
550. Пубертатный период - это
- а) период биологической половой зрелости
 - б) период, когда в организме происходит активизация функции яичников
 - в) период, когда происходит быстрое соматическое и половое развитие девочки
 - г) возраст, в котором определенные участки тела покрываются волосами
 - д) все перечисленное
551. В периоде полового созревания
- в организме происходят следующие основные изменения
- а) подавление гонадотропной функции гипофиза
 - б) активизация гормональной функции яичников
 - в) ритм выделения ФСГ не устанавливается
 - г) устанавливаются регулярные "пики" экскреции ЛГ
 - д) ничего из перечисленного
552. Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно
- а) в 8-9 лет
 - б) в 10-11 лет
 - в) в 12-13 лет
 - г) в 14-15 лет
 - д) в 16-18 лет
553. Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек следующие
- а) избыточная складчатость слизистых
 - б) низкая эстрогенная насыщенность
 - в) недостаточная выработка гликогена
 - г) истонченность и замедленная пролиферация
 - д) все перечисленные
554. Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены
- а) нарушением ритмической продукции гормонов яичника
 - б) органическими заболеваниями половой системы

- в) заболеванием различных систем организма
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

555. При ановуляторных маточных кровотечениях в периоде полового созревания у девушек имеет место

- а) отсутствие овуляции и лютеиновой фазы цикла
- б) персистенция фолликула
- в) атрезия фолликула
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

556. Основными причинами задержки полового развития центрального генеза являются

- а) нарушение регулирующей функции гипоталамуса
- б) наследственная неполноценность гипоталамуса и гипофиза
- в) инфекционно-токсические заболевания (хронический тонзиллит, ревматизм, вирусный грипп)
- г) стрессовые ситуации
- д) все перечисленные

557. Основные клинические признаки задержки полового развития

- а) аменорея
- б) опсоменорея
- в) олигоменорея
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

558. Внешний вид при задержке полового развития

- а) евнухоидное телосложение
- б) костный возраст соответствует календарному
- в) вторичные половые признаки недоразвиты
- г) молочные железы неразвиты
- д) верно все перечисленное

559. Задержка полового развития яичникового генеза обусловлена

- а) резким снижением гормональной функции яичников
- б) гипергонадотропной активностью гипофиза
- в) отсутствием хромосомной патологии
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

560. В развитии яичниковой недостаточности у девочек имеет значение

- а) нарушение роста и развития фетальных яичников
- б) инфекционное поражение фетального яичника (краснуха, паротит)
- в) нарушение иннервации яичников и изменение их чувствительности к гонадотропинам
- г) генетически обусловленный дефицит ферментных систем
- д) все перечисленное

561. Лечение задержки полового развития яичникового генеза

- а) заместительная терапия эстрогенами
- б) заместительная терапия гестагенами
- в) применение глюкокортикоидов
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

562. Отсутствие полового развития обусловлено

- а) перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве
- б) перенесенными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии в пубертатном возрасте
- в) хромосомными аномалиями

- г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
563. В период полового созревания дисфункциональные маточные кровотечения чаще всего носят характер
- а) овуляторных
 - б) ановуляторных, ациклических
 - в) и тех, и других
564. Лечение дисфункциональных маточных кровотечений в юношеском возрасте включает
- а) физиотерапевтическое лечение
 - б) витамины
 - в) сокращающие препараты
 - г) кровеостанавливающие препараты
 - д) все перечисленное
 - г) ни тех, ни других
565. Особенности наружных половых органов у новорожденной девочки
- а) вульва находится в состоянии большего или меньшего набухания
 - б) вульва частично видна при сомкнутых и вытянутых ногах
 - в) эпителий вульвы легко раним и восприимчив к инфекции
 - г) верно а) и в)
 - д) верно все перечисленное
566. Причины вирального синдрома у девушки
- 1) нарушение функции коры надпочечников
 - 2) маскулинизирующие опухоли коры надпочечников
 - 3) маскулинизирующие опухоли яичников
 - 4) врожденный андрогенитальный синдром
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
567. Для клинической картины гиперандрогении надпочечникового генеза характерно
- 1) раннее проявление вирального синдрома
 - 2) гирсутизм до или после начала первой менструации
 - 3) первая менструация может запаздывать или быть своевременной
 - 4) гипоплазия молочных желез
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
568. Характерные особенности телосложения при андрогенитальном синдроме
- 1) некоторая вирилизация фигуры
 - 2) увеличение ширины плеч
 - 3) узкий таз
 - 4) укорочение конечностей
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные особенности
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
569. Среди злокачественных опухолей яичников у девочек в отличие от взрослых наиболее часто встречаются

- 1) эпителиальные
 - 2) липидоклеточные
 - 3) опухоли стромы полового тяжа
 - 4) герминогенные
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
570. При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом
- а) нормопонирующим
 - б) антепонирующим
 - в) постпонирующим
571. Особенности нормального менструального цикла являются
- а) овуляция
 - б) образование желтого тела в яичке
 - в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
572. Для ановуляторного менструального цикла характерно
- а) циклические изменения в организме
 - б) длительная персистенция фолликула
 - в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
 - г) преобладание гестагенов в первую фазу цикла
573. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны
- а) гонадотропины
 - б) эстрогены
 - в) гестагены
 - г) рилизинг-факторы
574. Рилизинг-факторы осуществляют
- а) передачу нервных импульсов в эндокринную систему
 - б) выработку гонадотропинов
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
575. Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла заключается в следующем
- а) одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
 - б) нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
 - в) функция звеньев синхронна
 - г) выключение одного звена нарушает всю систему в целом
 - д) верно все перечисленное
576. Эстрогены секретируются
- а) клетками внутренней оболочки фолликула
 - б) желтым телом
 - в) корковым веществом надпочечника
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
577. В клубочковой зоне коры надпочечника образуется
- а) глюкокортикоиды
 - б) альдостерон
 - в) норадреналин
 - г) андрогены

- д) все перечисленное
- 578.ФСГ стимулирует
- а) рост фолликулов в яичнике
 - б) продукцию кортикостероидов
 - в) продукцию ТТГ в щитовидной железе
 - г) все перечисленное
- 579.Малые дозы эстрогенов
- а) стимулируют продукцию ФСГ
 - б) подавляют продукцию ФСГ
 - в) усиливают продукцию ЛГ
 - г) подавляют продукцию ЛТГ
- 580.При нормальном менструальном цикле высокий уровень эстрогенной насыщенности имеет место
- а) на 14-й день
 - б) на 21-й день
 - в) верно и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
- 581.Эстрогены обладают следующим действием
- а) способствуют перистальтике матки и труб
 - б) усиливают процессы окостенения
 - в) стимулируют активность клеточного иммунитета
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
- 582.Гестагены обладают следующим действием
- а) снижают содержание холестерина в крови
 - б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
 - в) повышают тонус матки
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
- 583.Гестагены обладают следующим действием
- а) снижают содержание холестерина в крови
 - б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
 - в) повышают тонус матки
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
- 584.Андрогены образуются
- а) в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке)
 - б) в сетчатой зоне коры надпочечников
 - в) верно и то, и другое
 - г) и то, и другое неверно
- 585.Пройоменорея - это
- а) скудные менструации
 - б) короткие менструации (1-2 дня)
 - в) короткий менструальный цикл, частые менструации
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
586. Первичная альгоменорея обусловлена
- а) инфантилизмом
 - б) ретродевиацией матки
 - в) высокой продукцией простагландинов
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного

587. Препараты йода, применяемые при лечении больных с мастопатией, действуют следующим образом
- а) подавляют выделение тиреоидных гормонов
 - б) повышают чувствительность тканей молочной железы к эстрогенам
 - в) активизируют секрецию ЛГ
 - г) верно а) и в)
 - д) верно все перечисленное
588. При предменструальном синдроме отмечается, как правило, во вторую фазу менструального цикла
- а) гиперэстрогения
 - б) повышение секреции АКТГ
 - в) повышение уровня серотонина
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
589. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием
- а) простагландинов
 - б) рецепторов
 - в) специфических ферментов
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
590. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы
- а) вегето-сосудистые
 - б) психо-эмоциональные
 - в) обменно-эндокринные
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
591. Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только в том случае, если
- а) полноценная фаза пролиферации
 - б) произошла овуляция
 - в) функционирует полноценное желтое тело
 - г) верно б) и в)
 - д) верно все перечисленное
592. Аменорея - это отсутствие менструации в течение
- а) 4 мес
 - б) 5 мес
 - в) 6 мес
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
593. Объективные данные, имеющие значение в диагностике аменореи
- а) масса тела, рост женщины
 - б) развитие половых органов
 - в) величина артериального давления, уровень сахара в крови
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
594. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреоза
- а) безразличие к окружающей обстановке
 - б) зябкость
 - в) снижение общего тонуса организма
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного

595. Дефицит массы тела, как правило, является одной из причин
- а) запаздывания наступления первой менструации
 - б) длительного становления менструальной функции
 - в) развития или усугубления нарушения менструальной функции
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
596. Первая менструация может появиться у девочек среднего роста (159-162 см) лишь при достижении ими массы тела
- а) 45-47 кг
 - б) 48-50 кг
 - в) 51-53 кг
 - г) все перечисленное неверно
597. Отсутствие эффекта от диагностического выскабливания матки у больной с нарушением менструального цикла часто свидетельствует
- а) о наличии внутреннего эндометриоза тела матки
 - б) о неполном удалении содержимого полости матки
 - в) о наличии хронического (базального) эндометрита
 - г) верно а) и б)
 - д) о всем перечисленном
598. В яичнике андрогены служат субстратом для образования
- а) прогестерона
 - б) эстрогенов
 - в) прогестерона и эстрогенов
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
599. Задержка полового развития - это отсутствие
- а) вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации - к 16 годам
 - б) вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации - к 16 годам
 - в) вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации - к 18 годам
 - г) вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации - к 18 годам
600. У больных с аменореей при болезни Иценко - Кушинга имеет место гиперпродукция гормона аденогипофиза
- а) соматотропного
 - б) тиреотропного
 - в) адренокортикотропного
 - г) фолликулостимулирующего
 - д) лютеинизирующего
601. К гипергонадотропной аменорее относится
- а) синдром истощения яичников
 - б) синдром резистентных яичников
 - в) синдром дисгенезии яичников
 - г) верно а) и в)
 - д) все перечисленное
602. Гиперстимуляция яичников на фоне бесконтрольного применения кломифена обычно проявляется
- 1) в увеличении яичников в размерах
 - 2) в болях в нижней части живота
 - 3) в меноррагии
 - 4) в явлениях вирилизации
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) во всем перечисленном

- г) верно 4
 - д) ни в чем из перечисленного
603. Женщины с ДМК составляют группу риска
- 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности
 - 2) по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил
 - 3) по развитию опухолей гениталий
 - 4) по развитию опухолей молочных желез
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) по всему перечисленному
 - г) верно 4
 - д) ни по чему из перечисленного
604. Дексаметазоновая проба
- 1) основана на тормозящем действии высоких концентраций глюкокортикоидов в крови на секрецию кортикотропина гипофизом
 - 2) применяется для исключения болезни Иценко - Кушинга
 - 3) применяется для диагностики гиперплазии коркового вещества надпочечников
 - 4) применяется для диагностики аденобластомы яичника
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) все перечисленное неверно
605. Для больных с первичной аменореей гонадного генеза характерно
- 1) низкая базальная температура
 - 2) отсутствие симптома "зрачка"
 - 3) отсутствие симптома арборизации слизи
 - 4) I тип влагалищного мазка
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
606. Основные диагностические критерии аменореи центрального генеза
- 1) наличие матки и яичников
 - 2) положительные пробы с гонадотропными гормонами
 - 3) пропорциональное телосложение
 - 4) низкая секреция гонадотропинов
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
607. Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются
- 1) гипофункция яичников
 - 2) ложный мужской гермафродитизм у больной с женским гражданским полом
 - 3) синдром Шерешевского - Тернера
 - 4) гипопизарный нанизм
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4

- д) ничего из перечисленного
608. Для синдрома склерокистозных яичников характерно
- 1) гирсутизм
 - 2) олигоменорея
 - 3) бесплодие
 - 4) двустороннее увеличение яичников
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
609. У больных с климактерическим синдромом в постменопаузе наблюдается, как правило, повышение уровня
- 1) АКТГ
 - 2) кортизола
 - 3) ЛГ
 - 4) ФСГ
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всего перечисленного
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
610. Возможными причинами маточной аменореи являются
- 1) гибель базального слоя эндометрия
 - 2) отсутствие матки
 - 3) рубцовые изменения в матке, образование синехий
 - 4) отсутствие реакции эндометрия на гормональные стимулы
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
620. Для гипофункции коры надпочечников характерно
- 1) повышение либидо
 - 2) гирсутизм
 - 3) гипертрихоз
 - 4) гипертензия
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного
621. При предменструальном синдроме выделяют следующие клинические формы
- 1) нейропсихическую
 - 2) отечную
 - 3) кризовую
 - 4) цефалгическую
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

622. При лечении больных с климактерическим синдромом используют

- 1) эстрогены
 - 2) гестагены
 - 3) комбинированные эстроген-гестагенные препараты
 - 4) комбинацию эстрогенов с андрогенами
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

623. Гестагены секретируются

- 1) лютеиновыми клетками желтого тела
 - 2) клетками зернистого слоя фолликула
 - 3) клетками наружной соединительнотканной оболочки фолликула
 - 4) клетками ворот яичника
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всеми перечисленными клетками
г) верно 4
д) никакими из перечисленных клеток

624. Инактивация эстрогенов уменьшается

- 1) при повреждении ткани печени
 - 2) при дефиците витаминов группы В
 - 3) при низком содержании белка в пище
 - 4) при применении больших доз антибиотиков
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) при всем перечисленном
г) верно 4
д) ни при чем из перечисленного

625. Физиологическая аменорея - это отсутствие менструации

- 1) у девочек до 10-12 лет
 - 2) во время беременности
 - 3) в период лактации
 - 4) в старческом возрасте
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
д) все перечисленное неверно

626. Стойкий двуфазный тип базальной температуры свидетельствует

- 1) о гипертермическом действии прогестерона
 - 2) о происшедшей овуляции
 - 3) о наличии функционально активного желтого тела
 - 4) о полноценной фазе пролиферации
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) о всем перечисленном
г) верно 4
д) ни о чем из перечисленного

627. Методы диагностики маточной аменореи

- 1) гистероскопия

- 2) диагностическое выскабливание матки с последующим гистологическим исследованием соскоба
- 3) гистеросальпингография
- 4) гормональная проба с прогестероном
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного
628. При длительном применении гестагенов для лечения больных с дисфункциональным маточным кровотечением в репродуктивном возрасте необходимо
- 1) вести менограмму
- 2) назначать одновременно желчегонные средства
- 3) контролировать свертывающую систему крови
- 4) через каждые 3 месяца проводить диагностическое выскабливание матки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного
629. Альгоменорея наблюдается на фоне
- 1) общего и генитального инфантилизма
- 2) генитального эндометриоза
- 3) воспалительных заболеваний женских половых органов
- 4) пороков развития половых органов
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного
630. Противопоказаниями к назначению гестагенов с лечебной целью являются
- 1) нарушение функции печени
- 2) выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей
- 3) угроза выкидыша при сроке беременности 4-5 недель
- 4) аменорея
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного
631. Показаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью являются
- 1) миома матки
- 2) эндометриоз
- 3) рак матки
- 4) фиброзно-кистозная мастопатия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного
632. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины

- а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
 - б) с хроническим воспалительным процессом гениталий
 - в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)
 - г) со всем перечисленным
 - д) ни с чем из перечисленного
633. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются
- а) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
 - б) в локальном воздействии на очаг инфекции
 - в) в повышении неспецифической реактивности организма
 - г) во всем перечисленном
 - д) ни в чем из перечисленного
634. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена
- а) золотистым стафилококком
 - б) грамотрицательной флорой
 - в) анаэробами
 - г) ассоциацией микроорганизмов
 - д) ничем из перечисленного
635. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал
- а) с помощью трихомонад
 - б) с помощью сперматозоидов
 - в) благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы
 - г) всеми перечисленными способами
 - д) ни одним из перечисленных способов
636. Условия, способствующие развитию лактационного мастита
- а) лактостаз
 - б) трещины сосков
 - в) снижение иммунологической защиты организма
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
637. Для лечения кандидозного кольпита у беременных применяют
- а) нистатин
 - б) клион-Д
 - в) настой календулы
 - г) все перечисленное
638. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит
- а) от степени микробной обсемененности матки
 - б) от реактивности организма
 - в) от вирулентности бактериальной флоры
 - г) верно б) и в)
 - д) от всего перечисленного
639. Акушерский перитонит чаще всего возникает после
- а) родов
 - б) раннего самопроизвольного выкидыша
 - в) кесарева сечения
 - г) искусственного аборта
 - д) позднего самопроизвольного выкидыша
640. Факторы риска развития послеродовой септической инфекции заключаются в наличии у роженицы
- а) урогенитальной инфекции
 - б) сахарного диабета
 - в) невосполненной кровопотери

- г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
641. Половой путь передачи инфекции характерен в основном
- а) для хламидий
 - б) для вируса простого герпеса
 - в) для трихомонады
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)
642. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов
- а) преобладание ассоциаций микроорганизмов
 - б) возрастание числа анаэробов и вирусов
 - в) наличие хламидий и микоплазм
 - г) верно б) и в)
 - д) верно все перечисленное
643. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении
- а) возможного начала воспалительного процесса
 - б) возбудителя заболевания
 - в) функционального состояния яичников
 - г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
645. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита
- а) лимфогенный
 - б) гематогенный
 - в) галактогенный
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
646. Трудности в лечении больных с лактационным маститом, как правило, связаны
- а) с вторичным инфицированием операционных ран при гнойном мастите
 - б) с проведением антибиотикотерапии без учета возможного анаэробного инфицирования
 - в) с поздней диагностикой заболевания
 - г) верно б) и в)
 - д) со всем перечисленным
647. Источником инфекции при послеродовом мастите является
- а) микробная флора зева и носа новорожденного
 - б) очаг инфекции в организме роженицы
 - в) грязные руки и белье роженицы
 - г) верно б) и в)
 - д) все перечисленное
648. Продолжительность стадии серозного лактационного мастита обычно составляет
- а) 1-2 дня
 - б) 3-4 дня
 - в) 5-6 дней
 - г) 7-8 дней
650. Длительность инфильтративной стадии лактационного мастита, как правило, зависит
- а) от особенностей возбудителя инфекции
 - б) от состояния защитных сил организма
 - в) от характера проводимой терапии

- г) верно а) и б)
 - д) от всего перечисленного
- 651 Критерии эффективности проводимой антибактериальной терапии (при послеродовых воспалительных заболеваниях)
- а) положительная динамика клинических симптомов
 - б) уменьшение или исчезновение палочкоядерного сдвига формулы белой крови
 - в) увеличение "разрыва" между самой низкой и самой высокой температурой тела за сутки (при трехчасовой термометрии)
 - г) верно а) и б)
 - д) верно все перечисленное
- 652 Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков
- а) бактериостатических
 - б) бактериостатических и бактерицидных
 - в) бактерицидных
- 653 Больным с кистой бартолиновой железы следует рекомендовать
- а) УФО
 - б) лечение только в стадию обострения воспалительного процесса
 - в) оперативное лечение - вылушивание кисты бартолиновой железы - в стадию ремиссии
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
- 654 При лечении больных с лактационным маститом сочетание антибиотиков применяют в связи
- а) с тяжестью течения заболевания (когда не уточнен возбудитель)
 - б) с наличием смешанной инфекции
 - в) с необходимостью предупреждения формирования устойчивых форм микроорганизмов
 - г) верно а) и б)
 - д) со всем перечисленным
- 655 Ко второму этапу послеродовой септической инфекции (по классификации Сазонова - Бартельса) относится все перечисленное, кроме
- а) параметрита
 - б) метротромбофлебита
 - в) пельвиоперитонита
 - г) общего перитонита
 - д) сальпингоофорита
- 656 К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме
- а) стафилококка
 - б) стрептококка
 - в) гонококка
 - г) гарднереллы
 - д) анаэробов
- 657 Особенности половой функции у больных с хроническим сальпингоофоритом
- а) снижение или отсутствие либидо
 - б) болевые ощущения при половом акте
 - в) отвращение к половому акту
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленные особенности

- 658 Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить (с большой долей вероятности)
- а) при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины
 - б) при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, абортов, инвазивных лечебно-диагностических процедур)
 - в) при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом
 - г) верно б) и в)
 - д) при всем перечисленном
- 659 В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет
- а) вирулентность микроба
 - б) состояние защитных сил организма женщины
 - в) наличие раневых входных ворот
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
660. У больных хроническим эндометритом наблюдаются кровянистые выделения из половых путей
- а) предменструальные
 - б) постменструальные
 - в) межменструальные (овуляторные)
 - г) верно а) и б)
 - д) верно все перечисленное
661. Применение облученной ультрафиолетом крови для лечения больных с воспалительными заболеваниями гениталий обеспечивает
- а) выраженный бактерицидный эффект
 - б) повышение бактерицидной активности сыворотки крови
 - в) уменьшение абсолютного числа Т-клеток
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
662. К моменту окончания антибиотикотерапии у больных с обострением хронического сальпингоофорита отмечается
- а) нормализация температуры тела
 - б) улучшение субъективного состояния
 - в) углубление иммунодефицита
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
- 663 При обострении хронического сальпингоофорита по типу невралгии тазовых нервов наиболее эффективно все перечисленное, кроме
- а) антибиотикотерапии
 - б) электрофореза амидопирин
 - в) диадинамических токов
 - г) ультрафиолетовой эритемотерапии
 - д) амплипульстерапии
- 664 Особенности клиники перитонита после операции кесарева сечения зависят, как правило, от развития его стадий
- а) длительности реактивной и быстроты токсической
 - б) длительности реактивной и длительности токсической
 - в) быстроты реактивной и длительности токсической
 - г) все перечисленное неверно
- 665 Различают следующие фазы септического шока
- а) теплой нормотензии
 - б) теплой гипотензии

- в) холодной гипотензии
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
666. Влагалищные выделения у больных гарднереллезом обычно
- а) обильные
 - б) слегка тягучие и липкие
 - в) светло-серого или желто-зеленого цвета
 - г) верно б) и в)
 - д) верно все перечисленное
- 667 У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме
- а) доксицилина
 - б) эритромицина
 - в) сумамеда
 - г) ампициллина
 - д) тетрациклина
668. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются
- 1) интоксикация
 - 2) паралитическая (паретическая) непроходимость кишечника
 - 3) экссудация брюшины
 - 4) гиповолемия
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
- 669 У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы
- 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании
 - 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы
 - 3) повышение температуры тела до 39-40°C
 - 4) наличие тошноты и рвоты
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
670. При хроническом вульвите неспецифической этиологии имеются следующие клинические проявления
- 1) кожа наружных половых органов утолщена, с инфильтрированными волосатыми луковицами
 - 2) на поверхности вульвы имеются корочки
 - 3) в области больших половых губ всегда бывают множественные изъязвления различной величины
 - 4) всегда имеется киста бартолиновой железы
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
671. Клиническими признаками истинного абсцесса бартолиновой железы являются
- 1) повышение температуры тела до 39-40°C, озноб

- 2) возможно увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения
 - 3) определение флюктуации в области увеличенной и болезненной при пальпации бартолиновой железы
 - 4) наличие болезненного образования в толще верхней трети большой половой губы (с одной или обеих сторон)
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
672. Остроконечные кондиломы характеризуются следующим
- 1) имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту
 - 2) локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки
 - 3) основание их всегда широкое, инфильтрировано
 - 4) консистенция кондилом хрупкая
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) все перечисленное неверно
673. Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем
- 1) течение заболевания чаще всего хроническое
 - 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки
 - 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных
 - 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) все перечисленное неверно
674. Для диагностики туберкулеза гениталий применяют
- 1) гистеросальпингографию
 - 2) биконтрастную гинекографию
 - 3) туберкулинодиагностику
 - 4) лимфографию
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
675. Критерии диагностики воспаления придатков матки (при проведении дифференциальной диагностики с аппендицитом)
- 1) часто наличие воспаления придатков в анамнезе
 - 2) постепенное развитие заболевания
 - 3) болезненность в области Дугласова кармана при ректальном исследовании (симптом Промптова положительный)
 - 4) быстрое нарастание лейкоцитоза в периферической крови уже в первые часы заболевания
- а) верно 1, 2, 3

- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

676. Часто встречается следующая локализация воспалительного процесса гениталий, обусловленного хламидийной инфекцией

- 1) цервицит
- 2) сальпингоофорит
- 3) эндометрит
- 4) вульвит
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

д) все перечисленное неверно

677. При урогенитальном трихомонозе поражается в основном

- 1) влагалище
- 2) уретра
- 3) цервикальный канал
- 4) мочевого пузырь
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

д) ничего из перечисленного

678. В соответствии с существующей классификацией гонореи различают

- 1) свежую гонорею
- 2) хроническую гонорею
- 3) латентную гонорею
- 4) гонококконосительство
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

д) ничего из перечисленного

679. Особенности менструальной функции у больных с хроническим сальпингоофоритом

- 1) гиперменорея
- 2) полименорея
- 3) гипоменорея
- 4) олигоменорея
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

д) ничего из перечисленного

680. Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют

- 1) резорцин местно
- 2) хирургическое лечение - иссечение кондилом
- 3) криодеструкцию
- 4) амфотерицин местно
- а) верно 1, 2, 3

- б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
681. Принципы лечения больных с генитальным кандидозом
- 1) проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции
 - 2) лечение кандидозной инфекции
 - 3) лечение полового партнера
 - 4) исключение половой жизни во время лечения
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
682. Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки
- 1) разрывы промежности
 - 2) нарушение гигиены половой жизни
 - 3) нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами)
 - 4) зияние наружного зева (при нешитых разрывах шейки матки)
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
683. Нарушение генеративной функции у женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом, проявляется в развитии у них
- 1) бесплодия
 - 2) внематочной беременности
 - 3) самопроизвольного выкидыша
 - 4) неразвивающейся беременности
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
684. Особенности взятия мазков на GN
- 1) мазки берутся, как правило, из уретры и цервикального канала
 - 2) мазки необходимо брать до назначения антибактериальных препаратов
 - 3) за 1 час до взятия мазков больная не должна мочиться
 - 4) в день взятия мазков женщина не должна подмываться или спринцеваться
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
685. Изменения в составе микроорганизмов, являющихся возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии (в последнее время)
- 1) главенствующая роль принадлежит стафилококку
 - 2) значительно повысилось анаэробное инфицирование
 - 3) отмечаются ассоциации микробов-возбудителей
 - 4) возросла роль кишечной палочки, протей

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

686. В последние годы отмечается связь развития воспалительных тубоовариальных образований

- 1) с абортами, самопроизвольными выкидышами
- 2) с гистеросальпингографией, гистероскопией
- 3) с нахождением в полости матки внутриматочной спирали
- 4) с родами

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) со всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ни с чем из перечисленного

687. Особенности лечения больных с хроническим сальпингофоритом

- 1) начало лечения - обострение воспалительного процесса
- 2) учет функции яичников
- 3) тщательная контрацепция мужским механическим средством на фоне лечения и в течение 3-4 месяцев после его окончания
- 4) лечение хронического эндометрита

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

688. Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии

- 1) предупреждение абортов
 - 2) проведение реабилитации после аборта
 - 3) своевременная диагностика и лечение подострого эндометрита после родов
 - 4) учет противопоказаний к введению внутриматочной спирали
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) все перечисленное неверно

689. У больных с хроническим рецидивирующим сальпингофоритом имеет место

- 1) нарушение экскреции гонадотропинов
 - 2) снижение бактерицидной активности сыворотки крови
 - 3) гипофункция коры надпочечников
 - 4) аутоиммунизация
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

690. Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять

- 1) трансабдоминальную эхографию
- 2) трансвагинальную эхографию

- 3) компьютерную томографию
 - 4) кульдоскопию
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
691. При гнойных воспалительных образованиях придатков матки очень часто происходит
- 1) микроперфорация образования с последующим развитием перитонита
 - 2) перфорация образования в смежные тазовые органы
 - 3) образование межкишечного абсцесса
 - 4) формирование генитальных свищей
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
692. Факторы риска развития перитонита после операции кесарева сечения
- 1) большая длительность операции и ее травматичность
 - 2) интраперитонеальная методика операции на фоне хориоамнионита
 - 3) экстренность операции
 - 4) волевические нарушения, имеющиеся в первые дни после операции
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
693. Преимуществами поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки по сравнению с нижнесрединным являются все перечисленные, кроме
- а) меньшего риска эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
 - б) лучшего косметического эффекта
 - в) технической простоты исполнения
 - г) возможности раннего вставания и более активного поведения больной в послеоперационном периоде
 - д) меньшей вероятности развития послеоперационных грыж
694. Наиболее типичные осложнения при проведении поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки - это ранение
- а) кишечника
 - б) мочевого пузыря
 - в) мочеточника
 - г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
695. Ранение мочеточника возможно при операции
- а) передней кольпорафии
 - б) высокой ампутации шейки матки
 - в) простой экстирпации матки
 - г) влагалищной экстирпации матки
 - д) всего перечисленного
696. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции
- а) в дни менструации
 - б) в первую неделю после прекращения менструации
 - в) в дни ожидаемой овуляции

- г) накануне менструации
 - д) выбор дня менструального цикла не имеет значения
697. При проведении полостных гинекологических операций, как правило, необходимо
- а) за три недели до операции исключить из пищевого рациона прием продуктов, богатых клетчаткой
 - б) за несколько дней до операции ограничить прием продуктов, богатых белками
 - в) накануне операции увеличить в суточном рационе содержание углеводов в 2 раза
 - г) накануне операции дать легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, каша), вечером сладкий чай с сухарем, в день операции - не завтракать
698. В комплекс мероприятий по подготовке к полостным гинекологическим операциям, как правило, входит назначение
- а) сифонных клизм за 3-4 дня до операции, на ночь, ежедневно
 - б) растительного масла по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой за 10 дней до операции
 - в) очистительной клизмы накануне операции, на ночь
 - г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
699. Противопоказанием к зондированию матки, как правило, является
- а) острый воспалительный процесс половых органов
 - б) подозрение на маточную беременность
 - в) подозрение на наличие подслизистого узла миомы
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
700. Ничто из перечисленного не является показанием для проведения прицельной биопсии шейки матки, кроме
- а) наботной кисты
 - б) эктопии шейки матки
 - в) истинной эрозии воспалительного генеза
 - г) тонкой лейкоплакии
 - д) гипертрофии шейки матки
701. Диагностическое выскабливание матки всегда должно быть раздельное (то есть раздельно цервикального канала и стенок полости) у больной с дисфункциональным маточным кровотечением
- а) ювенильного возраста
 - б) репродуктивного возраста
 - в) климактерического возраста
 - г) верно б) и в)
 - д) верно все перечисленное
702. При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды, как правило, пересекают
- а) на уровне внутреннего зева
 - б) на 1.5 см выше области внутреннего зева
 - в) на 1.5 см ниже области внутреннего зева
 - г) в области кардинальных связок
703. При экстирпации матки с придатками, как правило, пересекается все перечисленное, кроме
- а) воронко-тазовых связок
 - б) круглых связок
 - в) крестцово-маточных связок
 - г) кардинальных связок
 - д) маточных концов труб
704. У больной 36 лет на вторые сутки после операции надвлагалищной ампутации матки (по поводу подслизистой миомы) в связи с подозрением на внутрибрюшное кровотечение из

- послеоперационной культы произведена релапаротомия. Во время операции обнаружен источник кровотечения - сосуды культы шейки матки. Необходимо произвести
- ревизию культы шейки матки и ушивание сосудистых пучков
 - экстирпацию культы шейки матки
 - экстирпацию культы шейки матки с придатками
 - экстирпацию культы шейки матки с трубами
705. При сочетании миомы и внутреннего эндометриоза тела матки у больной репродуктивного возраста с гиперполименореей и вторичной анемией показана операция
- экстирпации матки без придатков
 - экстирпация матки с придатками
 - надвлагалищная ампутация матки без придатков
 - надвлагалищная ампутация матки с трубами с иссечением цервикального канала
 - надвлагалищная ампутация матки с трубами
706. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является
- надвлагалищная ампутация матки
 - экстирпация матки
 - удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки
 - верно а) и б)
 - все перечисленное
707. При проведении операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности для обеспечения надежного гемостаза необходимо наложить на мезосальпикс
- один зажим и всю брыжейку трубы прошить одной кетгутовой лигатурой
 - несколько зажимов и прошить отдельно каждый участок кетгутом
 - один зажим с последующей перевязкой его культы кетгутом без прошивания
 - несколько зажимов и прошивать каждый (небольшой) участок шелком
708. При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности и выраженной анемизации больной разрез передней брюшной стенки следует производить
- поперечный надлобковый якорный
 - поперечный надлобковый по Пфанненштилю
 - поперечный интерилиальный по Черни
 - нижнесрединный от лона до пупка
709. При аномалиях развития тела матки производятся операции для восстановления детородной функции женщины. Наибольшее значение из этих операций имеет
- сальпингостомия
 - сальпинголизис
 - имплантация маточных труб в матку
 - метропластика
 - пересадка яичника в матку
710. Операция стерилизации женщины по методу Кирхофа состоит во всем перечисленном, кроме
- лапаротомии
 - рассечения брюшины над маточной трубой
 - выделения трубы и резекции ее части между двумя наложенными шелковыми лигатурами
 - отсечения маточного конца трубы от угла матки с последующим лигированием культей
 - погружения культей трубы между листками мезосальпинкса
711. Объем операции при подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет заключается
- в удалении придатков матки на стороне поражения
 - в надвлагалищной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника
 - в экстирпации матки с придатками

- г) в удалении придатков матки с обеих сторон
 - д) в надвлагалищной ампутации матки с придатками
712. В состав хирургической ножки кисты яичника входит все перечисленное, кроме
- а) воронко-тазовой связки
 - б) собственной связки яичника
 - в) мезовариума
 - г) трубы
 - д) круглой связки
713. Ничто из перечисленного не следует производить при перекручивании ножки кисты яичника у больной в возрасте 25 лет, кроме
- а) удаления яичника
 - б) удаления матки с придатками
 - в) удаления придатков с обеих сторон
 - г) удаления придатков на стороне опухоли
 - д) резекции пораженного яичника
714. При операции по поводу ретенционной кисты яичника больной следует произвести (при наличии технической возможности)
- а) удаление придатков
 - б) удаление яичника
 - в) пункцию кисты и отсасывание содержимого
 - г) резекцию яичника с оставлением неизменной его ткани
 - д) ничего из перечисленного
715. Во время лапароскопии обнаружена ретенционная киста одного яичника диаметром 5 см. Ничего из перечисленного производить не следует, кроме
- а) лапаротомии, удаления придатков матки на стороне поражения
 - б) лапаротомии, удаления пораженного яичника
 - в) удаления образования яичника при оперативной лапароскопии
 - г) лапаротомии, удаления пораженных придатков и резекции второго яичника
716. У больной при лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести
- а) лапаротомию и ушивание яичника
 - б) диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии
 - в) лапаротомию и резекцию яичника
 - г) лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения
717. Во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника чаще всего имеется риск
- а) кровотечения из ложа опухоли
 - б) варикозного расширения вен связочного аппарата
 - в) двустороннего поражения яичников
 - г) ранения мочеочника в связи с аномальным его расположением
719. У больной 30 лет во время операции по поводу двустороннего пиосальпинкса следует произвести
- а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками
 - б) экстирпацию матки с придатками
 - в) надвлагалищную ампутацию матки с трубами
 - г) удаление обеих маточных труб
 - д) удаление обоих придатков
720. Во время операции искусственного прерывания беременности у женщины 26 лет произведена перфорация матки. Во время лапаротомии обнаружено: перфорация произошла в области перешейка матки справа, здесь же имеется гематома между листками широкой связки, за мочевым пузырем, доходящая до стенок таза. Следует произвести
- а) ушивание перфорационного отверстия

- б) надвлагалищную ампутацию матки без придатков
 - в) экстирпацию матки с придатками
 - г) экстирпацию матки с трубами
721. При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести
- а) вылушивание кисты
 - б) удаление придатков на стороне поражения
 - в) удаление яичника на стороне поражения
 - г) резекцию яичника на стороне поражения
722. Объем оперативного вмешательства при раке эндометрия II стадии
- а) надвлагалищная ампутация матки без придатков
 - б) надвлагалищная ампутация матки с придатками
 - в) экстирпация матки с придатками
 - г) расширенная экстирпация матки
723. Наиболее предпочтительные методы лечения при хориокарциноме матки
- а) химиотерапия
 - б) экстирпация матки с придатками
 - в) расширенная экстирпация матки
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
724. Объем операции при раке вульвы I стадии с вовлечением клитора у молодых женщин
- а) расширенная вульвэктомия с пахово-бедренной лимфаденэктомией
 - б) простая вульвэктомия
 - в) расширенная вульвэктомия с пахово-подвздошной лимфаденэктомией
 - г) надвлагалищная ампутация матки с простой вульвэктомией
 - д) резекция клитора
725. Объем оперативного лечения при пре- и микроинвазивном раке вульвы
- а) простая вульвэктомия
 - б) вульвэктомия в сочетании с пахово-бедренной лимфаденэктомией
 - в) расширенная вульвэктомия с пахово-подвздошной лимфаденэктомией
 - г) вульвэктомия и надвлагалищная ампутация матки без придатков
726. Показанием для задней кольпорафии является
- а) слишком емкое влагалище
 - б) частичное выпадение матки
 - в) недержание мочи
 - г) опущение и выпадение задней стенки влагалища
 - д) удлинение шейки матки
727. Показанием для срединной кольпорафии является
- а) удлинение шейки матки
 - б) недержание мочи
 - в) опущение и выпадение передней стенки влагалища
 - г) опущение и выпадение задней стенки влагалища
 - д) полное выпадение матки в старческом возрасте
728. Показанием для проведения манчестерской операции является
- а) полное выпадение матки
 - б) опущение стенок влагалища и частичное выпадение матки
 - в) слишком емкое влагалище
 - г) деформация шейки матки
729. Операция вентрофиксации матки обычно проводится только у женщин
- а) репродуктивного возраста
 - б) климактерического возраста
 - в) в постменопаузе
 - г) верно все перечисленное

- д) все перечисленное неверно
730. Показаниями для влагалищной экстирпации матки с одновременной экстирпацией влагалища являются
- а) полное выпадение матки у женщин пожилого возраста, не живущих половой жизнью
 - б) рецидивы после пластических влагалищных операций
 - в) полное выпадение матки у женщин репродуктивного возраста
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
731. Показаниями для диатермокоагуляции и криодеструкции шейки матки являются
- а) железисто-папиллярная псевдоэрозия шейки матки
 - б) дисплазия шейки матки
 - в) рубцовая деформация шейки матки и эктропион
 - г) внутриэпителиальный рак шейки матки
732. Наиболее благоприятный период менструального цикла для проведения диатермокоагуляции "эрозии" шейки матки
- а) в дни менструации
 - б) сразу после менструации
 - в) в период овуляции
 - г) за 2-3 дня до менструации
733. Существенным недостатком кольпопозза с использованием сигмовидной кишки является
- а) склонность к склеиванию стенок созданного влагалища
 - б) невозможность создания достаточно емкого влагалища
 - в) высокий риск инфицирования брюшной полости и тазовой клетчатки
 - г) необходимость постоянного увлажнения созданного влагалища
734. При ранении брюшинного покрова кишечника во время полостной гинекологической операции необходимо
- а) наложить серо-серозный шов тонким кетгутом или шелком
 - б) подшить место повреждения кишки к париетальной брюшине
 - в) наложение стомы
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
735. Показаниями для передней кольпографии являются
- а) опущение передней стенки влагалища
 - б) опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря
 - в) неполное выпадение матки
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленные
736. Сущность "манчестерской операции" заключается во всем перечисленном, кроме
- а) передней кольпорафии
 - б) ампутации шейки матки
 - в) укорочения круглых маточных связок
 - г) фиксации кардинальных связок к культе шейки матки
 - д) кольпоперинеорафии
737. Противопоказаниями для пластических операций на шейке матки является
- а) беременность
 - б) подозрение на злокачественный процесс в области шейки матки
 - в) острый воспалительный процесс гениталий
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
738. Вентрофиксация матки способствует
- а) исправлению положения матки

- б) восстановлению нормальной величины и формы влагалища
 - в) укреплению тазового дна
 - г) всему перечисленному
 - д) ничему из перечисленного
- 739.Преимущества влагалищной экстирпации матки перед полостной операцией
- а) более простой доступ для обзора органов малого таза
 - б) меньший риск ранения мочевого пузыря во время операции
 - в) возможность проведения операции под легкой закисно-кислородной аналгезией
 - г) более легко переносится больными, исход их более благоприятный
- 740.Наилучшие отдаленные результаты операции создания искусственного влагалища получены при методике кольпопоза
- а) из тонкой кишки
 - б) из сигмовидной кишки
 - в) из прямой кишки
 - г) из плодных оболочек
 - д) из кожи
- 741.Показаниями к операции при пороках развития матки является
- а) привычное невынашивание
 - б) бесплодие
 - в) тяжелая дисменорея
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
- 742.Предоперационная подготовка больной, как правило, включает
- 1) проведение тщательной санитарной обработки больной
 - 2) обследование всех систем организма
 - 3) тщательное исследование состояния половых органов
 - 4) назначение антибиотиков за 3-4 дня до операции (с целью профилактики септических осложнений)
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
- 743.Длительность предоперационной подготовки зависит
- 1) от степени экстренности операции
 - 2) от вида сопутствующей экстрагенитальной патологии
 - 3) от характера гинекологического заболевания
 - 4) от предполагаемого объема предстоящей операции
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) от всего перечисленного
 - г) верно 4
 - д) ни от чего из перечисленного
- 744.Мероприятия, проведение которых является обязательным при подготовке к плановым гинекологическим операциям
- 1) мытье больной под душем накануне операции
 - 2) сбривание волос на лобке
 - 3) назначение седативных и снотворных препаратов больной на ночь перед операцией
 - 4) выведение мочи катетером перед отправкой больной в операционную
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные

- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

745. Мероприятия, которые следует проводить при подготовке к операции на промежности и влагалище

- 1) исследование флоры влагалища
- 2) санация влагалища при наличии III-IV степени чистоты влагалищного мазка
- 3) регулярное промывание мочевого пузыря и влагалища антисептиками до нормализации состава мочи и приобретения ей кислой реакции (при мочеполовых свищах)
- 4) перевод больной с каловым свищем за 2-3 дня до операции на питание достаточной калорийности и легкой усвояемости (без клетчатки)

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

746. Проведение нижнесрединной лапаротомии предпочтительнее

- 1) при повторных чревосечениях с удалением старого продольного расположения рубца
- 2) при предполагаемом большом объеме операции
- 3) при необходимости тщательной ревизии органов брюшной полости
- 4) при молодом возрасте женщины

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) при всем перечисленном
- г) верно 4
- д) ни при чем из перечисленного

747. Преимущества нижнесрединной лапаротомии состоят

- 1) в возможности продления разреза кверху (обходя пупок слева)
- 2) в технической простоте исполнения
- 3) в меньшем риске эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
- 4) в возможности раннего вставания больной с постели

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) во всем перечисленном
- г) верно 4
- д) ни в чем из перечисленного

748. Недостатки влагалищной экстирпации матки

1) более высокая техническая сложность операции, требующая высокой квалификации хирурга

- 2) невозможность ревизии органов брюшной полости в процессе операции
- 3) большие затруднения при удалении крупных образований матки и яичников
- 4) она не устраняет слабости мышц тазового дна

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

749. Наиболее типичные возможные осложнения при проведении нижнесрединного разреза передней брюшной стенки

- 1) ранение кишечника или сальника
- 2) ранение мочевого пузыря
- 3) повреждение внутренней подвздошной артерии
- 4) ранение мочеточника

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

750. Причины, повышающие риск ранения кишечника при проведении нижнесрединной лапаротомии

- 1) недостаточно глубокий наркоз и релаксация тканей
- 2) сращение кишечника и сальника с париетальной брюшиной
- 3) применение хирургических пинцетов при вскрытии брюшины
- 4) истончение апоневроза и растяжение белой линии живота

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные причины
- г) верно 4
- д) ни одна из перечисленных причин

751. Крауроз и лейкоплакия вульвы чаще встречаются у женщин в возрасте

- а) 31-45 лет
- б) 46-60 лет
- в) 61-70 лет
- г) независимо от возраста

752. При подозрении на меланому вульвы используют методы

- а) ножевая биопсия
- б) скарификационная биопсия
- в) взятие мазков-отпечатков
- г) все перечисленное верно

753. Морфологические изменения при краурозе вульвы больше выражены

- а) в эпителии
- б) в сосудах вульвы
- в) во всей толще вульвы
- г) в соединительной ткани вульвы

754. Для крауроза вульвы характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

- а) отека тканей вульвы
- б) зуда в области клитора
- в) сухости кожно-слизистых покровов вульвы
- г) сужения входа во влагалище

755. Особенности дисгерминомы яичника является

- а) одностороннее поражение
- б) возраст больной до 30 лет
- в) благоприятный прогноз при морфологически "чистой" дисгерминоме
- г) все перечисленное

756. Наиболее часто выделяют две стадии крауроза вульвы

- а) атрофическую
- б) склеротическую
- в) промежуточную
- г) верно а) и б)

757. Макроскопическими изменениями при краурозе и лейкоплакии вульвы являются все перечисленные, кроме

- а) "белых пятен"
- б) "перламутрового" оттенка кожи
- в) телеангиоэктазий
- г) очаговой пигментации

758. Лечение больных при лейкоплакии и краурозе вульвы включает все перечисленное, кроме
- а) медикаментозного
 - б) гормонального
 - в) хирургического
 - г) лучевой терапии
759. При хирургическом лечении больных краурозом и лейкоплакией вульвы проводится
- а) овариоэктомия
 - б) расширенная вульвэктомия
 - в) лимфаденэктомия
 - г) вульвэктомия
760. Рак вульвы встречается чаще у женщин
- а) репродуктивного возраста
 - б) в перименопаузе
 - в) в постменопаузе
 - г) независимо от возраста
761. При лечении лейкоплакии и крауроза вульвы используются все перечисленные методы, кроме
- а) лазерной терапии
 - б) криотерапии
 - в) гипертермии
 - г) электрофореза лекарственных препаратов
762. Дисплазия вульвы характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
- а) атипии во всех слоях многослойного плоского эпителия, кроме поверхностного
 - б) нарушения слоистости пласта эпителия
 - в) сохранения базальной мембраны
 - г) распада клеток
763. Дисплазия и внутриэпителиальный рак вульвы могут
- а) оставаться стабильными
 - б) прогрессировать
 - в) регрессировать
 - г) все перечисленное
764. Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака вульвы
- а) железистый
 - б) светлоклеточный
 - в) низкодифференцированный
 - г) плоскоклеточный
765. Кроме рака вульвы, наиболее частым злокачественным новообразованием наружных половых органов является
- а) фибросаркома
 - б) аденокарцинома
 - в) гидраденома
 - г) меланома
766. Факторы риска возникновения гиперпластических процессов и рака эндометрия
- а) нарушение жирового обмена
 - б) стрессовые ситуации
 - в) нарушение менструального цикла
 - г) все перечисленное
767. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются
- а) надпочечниками
 - б) гипоталамусом

- в) яичниками
 - г) передней долей гипофиза
768. Атипическая гиперплазия эндометрия морфологически наиболее сходна
- а) с железисто-кистозной гиперплазией
 - б) с эндометриальным полипом
 - в) с метроэндометритом
 - г) с высокодифференцированным раком
769. Атипическая гиперплазия эндометрия переходит в рак чаще
- а) в репродуктивном возрасте
 - б) в климактерическом возрасте
 - в) в любом возрасте
 - г) в периоде постменопаузы
770. Вторая стадия рака эндометрия характеризуется
- а) увеличением размеров матки
 - б) поражением клетчатки таза
 - в) поражением яичников
 - г) переходом опухоли на цервикальный канал
771. Второй патогенетический тип рака эндометрия, как правило, характеризуется
- а) отсутствием обменных нарушений
 - б) фиброзом яичников
 - в) железисто-кистозной гиперплазией эндометрия
 - г) верно а) и б)
772. Клинические проявления гиперпластических процессов у женщин в репродуктивном периоде
- а) ациклические кровотечения
 - б) наличие предменструальной "мазни"
 - в) меноррагии
 - г) верно все перечисленное
773. Уровень эстрогенов и прогестерона при гиперпластических процессах в эндометрии соответствует таковому
- а) в постменопаузе
 - б) во второй фазе менструального цикла
 - в) всегда различен
 - г) в первой фазе менструального цикла
774. Заболеваемость раком шейки матки во второй половине 90-х гг.
- а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий
 - б) остается стабильной
 - в) наметилось ее снижение во всех странах
 - г) имеет тенденцию к повышению
775. Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии
- а) всех слоев
 - б) только в поверхностном
 - в) только в отдельных клетках
 - г) во всех слоях, кроме поверхностного
776. Внутриэпителиальный рак шейки матки имеет морфологические признаки злокачественности
- а) в поверхностном слое
 - б) только атипию в некоторых клетках
 - в) только в отдельных участках пласта эпителия
 - г) во всей толще эпителия

- 777.Противопоказаниями к гормональному лечению больных гиперпластическими процессами в постменопаузе являются все перечисленные, кроме
- а) хронического тромбоза
 - б) миомы матки
 - в) опухоли яичника
 - г) кровянистых выделений из половых путей
- 778.Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия следует проводить
- а) с субмукозным узлом миомы
 - б) с железисто-фиброзным полипом эндометрия
 - в) с гормонально-активной опухолью яичника
 - г) со всем перечисленным
- 779.Основной путь метастазирования при раке эндометрия
- а) гематогенный
 - б) лимфогенный
 - в) имплантационный
 - г) контактный
- 780.Первая стадия рака эндометрия разделяется на варианты (а, б, в) в зависимости
- а) от степени распространения опухоли за пределы матки
 - б) от степени инвазии опухоли в миометрий
 - в) от величины полости матки
 - г) от размеров матки
- 781.Наиболее часто при раке эндометрия I стадии производят
- а) экстирпацию матки с придатками и верхней третью влагалища
 - б) экстирпацию матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфаденэктомию
 - в) расширенную экстирпацию матки с придатками по Вертгейму
 - г) верно а) и б)
- 782.Профилактика развития рака эндометрия состоит
- а) в устранении нарушений овуляции
 - б) в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни
 - в) в применении гормональной контрацепции
 - г) во всем перечисленном
- 783.Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это
- а) предрак
 - б) начальная форма рака
 - в) фоновый процесс
 - г) дисгормональная гиперплазия
- 784.Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки является все перечисленное, кроме
- а) отсутствия инвазии в подлежащую строму
 - б) сохранения базальной мембраны
 - в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия
 - г) очагового проникновения группы клеток в строму
- 785.Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является
- а) визуальный осмотр
 - б) кольпоскопия
 - в) радионуклеидный метод
 - г) цитологическое исследование мазков
- 786.Микроинвазивный рак шейки матки называют "компенсированным" в связи с тем, что он имеет
- а) малую стромальную инвазию

- б) низкую потенцию к метастазированию
 - в) раковые эмболы в лимфатических щелях
 - г) верно а) и б)
787. Микроинвазивный рак шейки матки по своему клиническому течению сходен
- а) с тяжелой дисплазией
 - б) с внутриэпителиальным раком
 - в) с инвазивным раком
 - г) верно а) и б)
788. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток методом выбора лечения является
- а) экстирпация матки с придатками
 - б) экстирпация матки без придатков
 - в) криодеструкция
 - г) электроконизация
789. При внутриэпителиальном раке шейки матки у женщин 50 лет и старше с лечебной целью целесообразно производить
- а) экстирпацию матки с придатками
 - б) экстирпацию матки без придатков
 - в) криодеструкцию
 - г) электроконизацию
790. При микроинвазивном раке шейки матки у женщин репродуктивного возраста применяются все перечисленные виды лечения, кроме
- а) лазерной конизации
 - б) высокой ножевой ампутации шейки матки
 - в) операции Вертгейма
 - г) экстирпации матки без придатков
791. Комбинированный метод лечения больных с онкогинекологической патологией включает комбинацию двух методов (из числа указанных), кроме
- а) хирургического и химиотерапевтического
 - б) лучевого и химиотерапевтического
 - в) гормонотерапии и хирургического
 - г) хирургического и лучевого
792. Операция Вертгейма отличается от простой экстирпации матки удалением
- а) верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку
 - б) параметральной клетчатки
 - в) подвздошных лимфатических узлов
 - г) всего перечисленного
793. Больные с какими заболеваниями шейки матки не должны состоять на учете у онколога-гинеколога?
- а) рецидивирующий полипоз
 - б) простая форма лейкоплакии
 - в) лейкоплакия с атипией
 - г) дисплазия
794. Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение
- а) хорионического гонадотропина
 - б) трофобластического б-глобулина
 - в) хорионического соматотропина
 - г) верно а) и б)
795. Наиболее часто хориокарцинома возникает после
- а) абортов
 - б) пузырного заноса
 - в) нормальных родов

- г) преждевременных родов
- 796.Патогенетические варианты хориокарциномы
- а) хориокарцинома после нормальной беременности
 - б) хориокарцинома после патологической беременности
 - в) хориокарцинома в постменопаузе
 - г) верно а) и б)
- 797.Наличие лютеиновых кист у больных хориокарциномой матки влияет на прогноз
- а) благоприятно
 - б) неблагоприятно
 - в) не имеет влияния
 - г) неизвестно
- 798.Химиотерапия у больных после удаления пузырного заноса
- а) не рекомендуется
 - б) обязательна
 - в) зависит от морфологической картины
 - г) на усмотрение врача, в зависимости от клинических и лабораторных данных
- 799.Больным с хориокарциномой в зависимости от распространенности процесса целесообразно проводить
- а) монокимиотерапию
 - б) полихимиотерапию
 - в) противовоспалительную терапию
 - г) верно а) и б)
- 800.К раку яичников относятся
- а) все злокачественные опухоли яичника
 - б) только герминогенные опухоли
 - в) только стромальные опухоли
 - г) только опухоли эпителиального происхождения
- 801.Объем хирургического лечения при доброкачественных опухолях яичников у молодых женщин
- а) удаление придатков
 - б) удаление опухоли
 - в) резекция яичника с возможно большим сохранением здоровой ткани органа
 - г) верно б) и в)
- 802.Символ "i" в клинической классификации опухолей яичников (FIGO) означает
- а) капсула интактна
 - б) имеется прорастание капсулы опухолью
 - в) имеется разрыв капсулы
 - г) верно б) и в)
- 803.Прогноз для жизни при пограничных опухолях яичников
- а) сомнительный
 - б) неблагоприятный
 - в) плохо изучен
 - г) относительно благоприятный
- 804.К фоновым заболеваниям молочных желез относится
- а) фиброзная мастопатия
 - б) фиброаденома
 - в) внутрипротоковая цистаденопапиллома
 - г) верно а) и б)
- 805.К какой группе диспансерного учета следует отнести больную с подозрением на рак яичников?
- а) Ia
 - б) Ib

- в) II
 - г) III
806. Выбор лечебной тактики у больной со злокачественной опухолью яичника определяется
- а) стадией заболевания
 - б) гистоструктурой опухоли
 - в) возрастом больной
 - г) всем перечисленным
807. Объем хирургического лечения при злокачественных опухолях яичников
- а) надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция большого сальника
 - б) экстирпация матки и резекция большого сальника
 - в) влагалищная экстирпация матки с придатками
 - г) верно а) и б)
808. Методы лечения больных со злокачественными опухолями яичников
- а) хирургический
 - б) лучевой и химиотерапия
 - в) гормонотерапия
 - г) все перечисленные
809. Причиной возникновения крауроза и лейкоплакии вульвы, как правило, является
- 1) трофические нарушения
 - 2) нейроэндокринные расстройства
 - 3) гипостроения
 - 4) снижения функции коры надпочечников
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
810. Крауроз и лейкоплакию вульвы следует дифференцировать
- 1) с красным плоским лишаем вульвы
 - 2) с эссенциальным зудом вульвы
 - 3) с нейродермитом вульвы
 - 4) с витилиго вульвы
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) со всем перечисленным
 - г) верно 4
811. Морфологические изменения при краурозе вульвы характеризуются
- 1) дистрофией
 - 2) отеком и атрофией дермы
 - 3) фиброзом и склерозом дермы
 - 4) вторичными изменениями в эпителии
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всем перечисленным
 - г) верно 4
812. Крауроз и лейкоплакия вульвы в современном представлении
- 1) это два самостоятельных заболевания
 - 2) оба заболевания существуют одновременно
 - 3) возникают последовательно
 - 4) оба заболевания переходят в рак
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное

- г) верно 4
813. Первичные морфологические изменения при лейкоплакии вульвы характеризуются
- 1) акантозом
 - 2) неравномерным ороговением эпителия
 - 3) гиперкератозом
 - 4) дискариозом
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всем перечисленным
г) верно 4
814. При медикаментозном лечении лейкоплакии и крауроза вульвы используются
- 1) ванночки с настоем ромашки
 - 2) различные мази
 - 3) транквилизаторы
 - 4) антигистаминные препараты
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные средства
г) верно 4
815. При гормональном лечении больных краурозом и лейкоплакией вульвы применяют
- 1) эстрогены
 - 2) прогестерон
 - 3) кортикостероиды
 - 4) тиреоидин
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
816. Наиболее часто очаги малигнизации вульвы возникают на фоне
- 1) крауроза
 - 2) неизмененного участка вульвы
 - 3) хронического воспаления
 - 4) лейкоплакии
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всего перечисленного
г) верно 4
817. К предраку вульвы относят
- 1) дистрофические процессы
 - 2) гиперплазию эпителия
 - 3) склеротический лишай
 - 4) дисплазии
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
818. Использование биостимуляторов при краурозе и лейкоплакии вульвы способствует
- 1) усилению синтеза белка тканями
 - 2) повышению активности ферментативных систем
 - 3) повышению иммунологической защиты
 - 4) предупреждению развития рубцов
- а) верно 1, 2, 3

- б) верно 1, 2
 - в) всему перечисленному
 - г) верно 4
819. Крауроз, лейкоплакия и рак вульвы диагностируются
- 1) визуальным осмотром
 - 2) цитологическим исследованием соскобов и отпечатков с поверхности вульвы
 - 3) морфологическим исследованием биоптата
 - 4) ультразвуковым исследованием
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
820. Инвазивный рак вульвы характеризуется наличием
- 1) изъязвления отдельных участков
 - 2) гиперкератоза отдельных участков
 - 3) экзофитной опухоли
 - 4) увеличенных лимфоузлов
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4
821. Симптомы рака вульвы
- 1) наличие опухоли
 - 2) кровоточивость тканей
 - 3) гнойные выделения из язвенной поверхности
 - 4) зуд
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
822. Формы роста рака вульвы
- 1) экзофитная
 - 2) эндофитная
 - 3) язвенная
 - 4) инфильтративно-отечная
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
823. Особенностью развития рака вульвы, локализованного в клиторе, является
- 1) быстрый рост
 - 2) кровоточивость тканей
 - 3) раннее метастазирование
 - 4) большие размеры опухоли
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
824. Запущенность рака вульвы, как правило, связана
- 1) с поздним обращением больной к врачу
 - 2) с отсутствием онкологической настороженности врача
 - 3) с ошибками диагностики

4) с неоправданной стеснительностью женщины

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) со всем перечисленным

г) верно 4

825. При раке вульвы метастазы возникают в лимфатических узлах

1) паховых

2) бедренных

3) подвздошных

4) сакральных

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) во всех перечисленных лимфоузлах

г) верно 4

826. Факторы, влияющие на метастазирование рака вульвы

1) гистологическое строение опухоли

2) размеры опухоли

3) локализация опухоли

4) глубина инвазии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

827. Наиболее частая локализация рака вульвы

1) большие половые губы

2) малые половые губы

3) клитор

4) задняя спайка

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

828. Методы радикального лечения больных раком вульвы

1) хирургический

2) комбинированный

3) лучевой

4) криодеструкция

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

829. Гиперпластические процессы и рак эндометрия развиваются чаще всего на фоне

1) ановуляции

2) ожирения

3) сахарного диабета

4) гипертонической болезни

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

830. Изменения в яичниках, ведущие к избыточной эстрогенной стимуляции эндометрия, - это

- 1) персистенция фолликула
- 2) атрезия фолликулов
- 3) фолликулярные кисты
- 4) склерокистозные яичники
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

831. Заболевания женщин, ведущие к гиперэстрогении

- 1) ожирение
- 2) цирроз печени
- 3) панкреатит
- 4) гастрит
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4

832. Тесты функциональной диагностики, указывающие на гиперэстрогению

- 1) кариопикнотический индекс 50-60% и более
- 2) длина растяжения цервикальной слизи 7-8 см и более
- 3) IV тип влагалищного мазка
- 4) атрофический эндометрий
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

833. Современные исследования позволяют выделить патогенетические типы гиперпластических процессов и рака эндометрия

- 1) первый
- 2) второй
- 3) смешанный
- 4) неклассифицируемый
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные типы
- г) верно 4

834. Первый патогенетический тип рака эндометрия встречается, как правило, у больных

- 1) с эндокринно-обменными нарушениями
- 2) с ановуляторными кровотечениями
- 3) с феминизирующими опухолями яичников
- 4) с миомой матки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) со всем перечисленным
- г) верно 4

835. К фоновым заболеваниям эндометрия по классификации ВОЗ относится

- 1) железистая гиперплазия
- 2) эндометриальный полип
- 3) железисто-кистозная гиперплазия
- 4) атипическая гиперплазия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2

- в) все перечисленное
- г) верно 4

836. К предраку эндометрия относится

- 1) аденоматозный полип
 - 2) атипическая гиперплазия
 - 3) рецидивирующая железистая гиперплазия в климактерическом периоде
 - 4) атрофический эндометрий
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4

837. Гистологические формы рака эндометрия

- 1) низкодифференцированный рак
 - 2) аденокарцинома
 - 3) светлоклеточный рак
 - 4) аденоакантома
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4

838. Применение биогенных стимуляторов при раке яичника приводит

- 1) к кратковременному улучшению состояния больной
 - 2) к усилению обмена веществ
 - 3) к активизации пролиферативных процессов
 - 4) к уменьшению объема опухоли
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные изменения
 - г) верно 4

839. Злокачественные опухоли маточных труб представлены следующими гистологическими формами

- 1) сосочковая аденокарцинома
 - 2) железисто-солидный рак
 - 3) низкодифференцированный рак
 - 4) плоскоклеточный рак
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные изменения
 - г) верно 4

840. Для железистой гиперплазии эндометрия характерны следующие морфологические изменения

- 1) большое число желез с пролиферацией базального слоя
 - 2) железы неправильной формы
 - 3) отсутствие циклических изменений в эпителии желез
 - 4) кистозное расширение желез
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные изменения
 - г) верно 4

841. Морфологическая характеристика атипической гиперплазии эндометрия

- 1) клеточный полиморфизм и гиперхромия
- 2) значительное число митозов

- 3) в железах встречаются сосочкоподобные структуры
- 4) отечная строма
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

842. Патогенетическая терапия гиперпластических процессов эндометрия у женщин в репродуктивном возрасте состоит в применении

- 1) эстроген-гестагенных препаратов
- 2) гестагенов
- 3) андрогенов
- 4) тиреоидина
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4

843. О наличии гиперпластического процесса и рака эндометрия можно судить на основании

- 1) цитологического исследования аспирата из полости матки
- 2) гистеросальпингографии
- 3) гистероскопии
- 4) раздельного диагностического выскабливания матки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного

844. Основные симптомы рака эндометрия

- 1) кровянистые выделения из половых путей в менопаузе
- 2) ациклические кровотечения в репродуктивном возрасте
- 3) боли в низу живота
- 4) слизистые выделения из половых путей
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4

845. План лечения больных раком эндометрия вырабатывается на основании

- 1) гистологической формы опухоли
- 2) стадии заболевания
- 3) размеров матки
- 4) симптомов заболевания
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4

846. Третья стадия рака эндометрия характеризуется

- 1) прорастанием опухоли серозной оболочки матки
- 2) переходом опухоли за пределы матки
- 3) поражением опухоли яичника
- 4) метастазированием опухоли во влагалище
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

847. Методы лечения больных раком эндометрия

- 1) комбинированный
- 2) хирургический
- 3) лучевой
- 4) гормональный
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4

848. Объем радикального хирургического вмешательства при раке эндометрия

- 1) расширенная экстирпация матки с придатками
- 2) экстирпация матки с придатками
- 3) экстирпация матки без придатков
- 4) надвлагалищная ампутация матки
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

849. У больных со стадиями рака эндометрия Ib, Iv и II после операции обычно проводят дополнительное лечение

- 1) лучевое
- 2) гормональное
- 3) иммунотерапевтическое
- 4) химиотерапевтическое
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные виды лечения
- г) верно 4

850. При III стадии рака эндометрия применяется

- 1) сочетанно-лучевое лечение
- 2) гормональное лечение
- 3) расширенная операция + лучевая терапия
- 4) химиотерапия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

851. Основными клиническими симптомами рака маточной трубы являются

- 1) увеличение живота в объеме
- 2) запоры
- 3) затруднение мочеиспускания
- 4) выделения из половых путей
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

852. К фоновым процессам покровного эпителия шейки матки относится

- 1) псевдоэрозия
- 2) истинная эрозия
- 3) лейкоплакия без атипии
- 4) полип
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2

- в) все перечисленное
 - г) верно 4
853. К предраку шейки матки относится
- 1) лейкоплакия с атипией
 - 2) дисплазия
 - 3) папиллома
 - 4) ретенционные кисты
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
854. Дисплазии шейки матки характеризуются
- 1) нарушением дифференцировки клеток
 - 2) нарушением слоистости пласта эпителия
 - 3) нарушением полярности клеток
 - 4) полиморфизмом ряда клеток
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всем перечисленным
 - г) верно 4
855. Дисплазию шейки матки различают
- 1) слабую
 - 2) умеренную
 - 3) тяжелую
 - 4) смешанную
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
856. Внутриэпителиальный рак шейки матки может
- 1) переходить в инвазивный рак
 - 2) стабилизироваться
 - 3) регрессировать
 - 4) переходить на цервикальный канал
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
857. Факторы риска по возникновению рака шейки матки
- 1) более 3 родов в анамнезе
 - 2) вирусная инфекция
 - 3) ожирение
 - 4) первичное бесплодие
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
858. Диагностика рака шейки матки осуществляется с помощью
- 1) гинекологического осмотра
 - 2) цитологического исследования соскобов с шейки матки и цервикального канала
 - 3) кольпоскопии
 - 4) гистологического исследования кусочка шейки матки

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4

859. К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят женщин

- 1) начавших раннюю половую жизнь (до 18 лет)
- 2) имеющих роды до 18 лет
- 3) перенесших вирусные заболевания половых органов
- 4) страдающих деформацией шейки матки после ее разрыва в родах

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всех перечисленных
- г) верно 4

860. Цитологический метод с целью раннего выявления патологии шейки матки применяется

- 1) при профилактических осмотрах
- 2) у беременных при первом обращении
- 3) у больных с патогномичными жалобами
- 4) у всех подряд обратившихся к гинекологу

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

861. Цитологическими признаками малигнизации эпителия шейки матки являются

- 1) полиморфизм клеток
- 2) изменение соотношения ядра и цитоплазмы в клетке
- 3) дискариоз
- 4) наличие патологических митозов

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4

862. Эндоскопия шейки матки имеет следующие разновидности

- 1) простая кольпоскопия
- 2) расширенная кольпоскопия
- 3) кольпомикроскопия
- 4) кольпоцервикоскопия

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

863. Кольпоскопические картины, подозрительные по раку шейки матки

- 1) атипическая зона превращения
- 2) атипические сосуды
- 3) тонкая лейкоплакия
- 4) простая основа лейкоплакии

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

864. Материал для гистологического исследования шейки матки получают

- 1) при биопсии
- 2) при конизации

- 3) при ампутации
- 4) при выскабливании цервикального канала
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) при всем перечисленном
- г) верно 4

865. Инвазивный рак шейки матки в отличие от микроинвазивного имеет следующие признаки

- 1) инвазия в строму более 3 мм
- 2) высокая потенция к метастазированию
- 3) прогрессирующий рост опухоли
- 4) снижение признаков тканевой защиты
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

866. Гистологические формы рака шейки матки

- 1) плоскоклеточный ороговевающий рак
- 2) плоскоклеточный неороговевающий рак
- 3) аденокарцинома
- 4) низкодифференцированный рак
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные формы
- г) верно 4

867. Лечение фоновых процессов на шейке матки может производиться методом

- 1) электрокоагуляции
- 2) лазерной терапии
- 3) криодеструкции
- 4) ножевой ампутации
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всеми перечисленными методами
- г) верно 4

868. Лечение больных предраком шейки матки производится методом

- 1) электроконизации
- 2) ножевой ампутации
- 3) лазерной конизации
- 4) криодеструкции
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всеми перечисленными методами
- г) верно 4

869. Исход лечения фоновых процессов и предрака шейки матки

- 1) стабилизация
- 2) рецидивы
- 3) прогрессирование процесса
- 4) выздоровление
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

870. Показания к применению электрокоагуляции при фоновых процессах на шейке матки
- 1) доброкачественные морфологические изменения
 - 2) строгая локализация в области эктоцервикса
 - 3) отсутствие рубцовой деформации шейки матки
 - 4) наличие гипертрофии шейки матки
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
871. Криодеструкция шейки матки чаще проводится
- 1) при слабой дисплазии
 - 2) при умеренной дисплазии
 - 3) при деформации шейки матки
 - 4) при полипе цервикального канала
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
872. Лазерная терапия при лечении фоновых и предраковых процессов шейки матки применяется
- 1) для коагуляции патологических очагов
 - 2) для выполнения операции
 - 3) для стимуляции заживления
 - 4) для противовоспалительной цели
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
873. Рак шейки матки метастазирует в лимфоузлы
- 1) подвздошные
 - 2) запирательные
 - 3) парааортальные
 - 4) брыжеечные
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) во все перечисленные лимфоузлы
г) верно 4
874. Инвазивный рак шейки матки Ib стадии лечится методом
- 1) комбинированным
 - 2) сочетанно-лучевым
 - 3) химиотерапевтическим
 - 4) гормонотерапевтическим
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всеми перечисленными методами
г) верно 4
875. Рак шейки матки II-III стадии лечится методом
- 1) комбинированным
 - 2) сочетанно-лучевым
 - 3) гормонотерапевтическим
 - 4) химиотерапевтическим
- а) верно 1, 2, 3

- б) верно 1, 2
- в) всеми перечисленными методами
- г) верно 4

876.Международная классификация по системе TNM обозначает

- 1) Т - опухоль (тумор)
 - 2) N - регионарные лимфатические узлы таза
 - 3) М - отдаленные метастазы
 - 4) G - дифференцировка опухоли
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4

877.В классификации по стадиям TNM используются дополнительные символы

- 1) G - степень дифференцировки
 - 2) C - большой фактор надежности
 - 3) r - для классификации рецидивов
 - 4) f - для обозначения принадлежности к женскому организму
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4

878.В отечественной классификации выделена IA стадия рака шейки матки (микроинвазивный рак), имеющая следующие характеристики

- 1) инвазия в строму до 3 мм
 - 2) наличие лимфоидно-плазмодитарной инфильтрации стромы
 - 3) пролиферация фибробластов
 - 4) поражение только эпителиального пласта
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4

879.Наличие каких признаков не позволяет поставить диагноз микроинвазивного рака шейки матки?

- 1) размеры опухоли свыше 1 см
 - 2) мультицентрический рост опухоли
 - 3) наличие раковых эмболов в сосудах
 - 4) возраст больной свыше 30 лет
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4

880.Профилактика рака шейки матки состоит

- 1) в диспансеризации больных с применением цитологического и кольпоскопического методов диагностики
 - 2) в регулярных профилактических осмотрах женщин с цитологическим исследованием мазков
 - 3) в усовершенствовании работы смотровых кабинетов
 - 4) в постоянной учебе кадров
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) во всем перечисленном
 - г) верно 4

881. Основные достоинства метода электроконизации при лечении патологии шейки матки
- 1) радикальное удаление патологических тканей
 - 2) возможность гистологического исследования удаленного очага
 - 3) сохранение детородной функции
 - 4) отсутствие "струпа"
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
882. Саркомы матки различаются по гистотипам
- 1) лейомиосаркома
 - 2) эндометриальная
 - 3) карциносаркома
 - 4) мезодермальная опухоль
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
883. Саркома матки метастазирует
- 1) лимфогенным путем
 - 2) гематогенным путем
 - 3) имплантационным путем
 - 4) прорастанием в соседние органы
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всеми перечисленными путями
г) верно 4
884. Метастазы саркомы матки, как правило, обнаруживаются
- 1) в легких
 - 2) в печени
 - 3) в костях
 - 4) в органах брюшной полости
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
885. Под трофобластической болезнью матки подразумевают
- 1) пузырный занос
 - 2) инвазивный пузырный занос
 - 3) хориокарциному
 - 4) трофобластическую опухоль плацентарного места
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
886. В диагностике трофобластической болезни используется метод исследования
- 1) ультразвуковой
 - 2) рентгенологический
 - 3) гистологический
 - 4) лабораторный (определение хорионического гонадотропина)
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2

- в) все перечисленные методы
г) верно 4
887. Трофобластические опухоли секретируют
- 1) хорионический гонадотропин
 - 2) хорионический соматотропин
 - 3) хорионический тиреотропин
 - 4) глюкокортикоиды
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
888. Факторы риска, определяющие неблагоприятный прогноз для жизни при трофобластической болезни
- 1) титр ХГ свыше 100000 МЕ/л
 - 2) предшествующие роды
 - 3) длительность симптомов более 4-6 мес
 - 4) размеры матки более 12 недель
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные факторы
г) верно 4
889. Современные методы лечения больных с трофобластической болезнью
- 1) хирургический
 - 2) химиотерапевтический
 - 3) лучевой
 - 4) гормональный
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
890. Показания к профилактической химиотерапии после удаления пузырного заноса
- 1) высокий титр хорионического гонадотропина - более 20000 МЕ/л спустя 2 недели
 - 2) медленная регрессия размеров матки
 - 3) обнаружение метастазов
 - 4) гистологическое подтверждение хориокарциномы
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные показания
г) верно 4
891. Показания к хирургическому лечению больных с хориокарциномой
- 1) кровотечение
 - 2) размеры матки более 12 недель
 - 3) неэффективность химиотерапии
 - 4) рецидивы пузырного заноса
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные показания
г) верно 4
892. Факторы риска развития патологии молочных желез
- 1) раннее менархе
 - 2) отсутствие половой жизни
 - 3) поздняя менопауза

- 4) ожирение, сахарный диабет
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные факторы
- г) верно 4

893. К группе риска по опухолям яичников относят женщин

- 1) с нарушением менструальной функции
- 2) с первичным бесплодием
- 3) с миомой матки
- 4) с эндометриозом
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всех перечисленных
- г) верно 4

894. Для распознавания опухолей яичника используются следующие диагностические методы

- 1) цитологический
- 2) эндоскопический
- 3) ультразвуковой
- 4) гистологический
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные методы
- г) верно 4

895. К доброкачественным опухолям яичников относится

- 1) серозная цистаденома
- 2) муцинозная цистаденома
- 3) эндометриоидная цистаденома
- 4) светлоклеточная опухоль
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

896. Диагностические методы, чаще всего используемые при первичном выявлении доброкачественных опухолей гениталий у женщин

- 1) гинекологический осмотр
- 2) УЗИ
- 3) пневмопельвиография
- 4) пункция опухоли
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные методы
- г) верно 4

897. Варианты осложнений при доброкачественных опухолях яичника (дающие острую клиническую картину)

- 1) перекручивание ножки опухоли
- 2) разрыв капсулы
- 3) кровоизлияние внутрь капсулы
- 4) нагноение опухоли
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные осложнения

- г) верно 4
898. Лечение больных с доброкачественными опухолями яичников
- 1) лучевое
 - 2) гормональное
 - 3) антибактериальное
 - 4) возможно наблюдение
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 4
г) ничего из перечисленного
899. К опухолевидным процессам в яичнике относится
- 1) фолликулярная киста
 - 2) киста желтого тела
 - 3) эндометриоз
 - 4) дермоидная киста
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
900. Экстренные операции по поводу доброкачественных опухолей яичников имеют место
- 1) при перекручивании ножки кисты
 - 2) при разрыве капсулы опухоли
 - 3) при больших размерах опухоли
 - 4) при жидкостном содержании опухоли
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) при всем перечисленном
г) верно 4
901. Пограничные (потенциально злокачественные) опухоли яичников встречаются редко и характеризуются
- 1) злокачественным клиническим течением
 - 2) наличием асцита
 - 3) диссеминацией по брюшине
 - 4) благоприятным прогнозом
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всем перечисленным
г) верно 4
902. У больных с пограничной опухолью яичника применяется метод лечения
- 1) хирургический
 - 2) химиотерапевтический
 - 3) гормональный
 - 4) лучевой
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные метода
г) верно 4
903. Истинным раком яичников является
- 1) серозная цистаденокарцинома
 - 2) муцинозная цистаденокарцинома
 - 3) светлоклеточная карцинома
 - 4) эндометриоидная аденоакантома

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

904.Герминогенные опухоли среди остальных опухолей яичника преобладают, как правило, в возрасте

- 1) до 20 лет
- 2) от 20 до 40 лет
- 3) от 40 до 60 лет
- 4) от 60 лет и старше

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

905.К редким злокачественным опухолям яичников относят

- 1) дисгерминому
- 2) опухоль эндодермального синуса
- 3) эмбриональную карциному
- 4) тератобласту

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

906.В группу опухолей стромы полового тяжа входит

- 1) гранулезоклеточная опухоль
- 2) текаклеточная опухоль
- 3) андробластома из клеток Лейдига и Сертоли
- 4) фиброма яичника

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

907.Символ "ii" в клинической классификации опухолей яичников (FIGO) означает

- 1) имеется прорастание капсулы опухолью
- 2) имеется разрыв капсулы
- 3) имеются двусторонние опухоли
- 4) капсула интактна

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

908.Злокачественные опухоли яичников, особенно эпителиальные, отличаются

- 1) агрессивным течением
- 2) обширным метастазированием
- 3) асцитом
- 4) отеком передней брюшной стенки

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4

909.Жалобы больных со злокачественными опухолями яичников

- 1) утомляемость, слабость

- 2) боли неопределенного характера
 - 3) увеличение живота в объеме
 - 4) полиурия
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные жалобы
 - г) верно 4
910. Для гранулезоклеточной опухоли яичника характерно
- 1) нарушение менструального цикла
 - 2) "омоложение" женщины в постменопаузе
 - 3) гиперплазия эндометрия
 - 4) гидроторакс
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
911. Для уточнения степени распространения злокачественной опухоли яичника используются методы диагностики
- 1) ультразвуковое исследование
 - 2) компьютерная томография
 - 3) лапароскопия
 - 4) диагностическая лапаротомия
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные методы
 - г) верно 4
912. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности
- а) 11-12 недель
 - б) 9-10 недель
 - в) 7-8 недель
 - г) 4-6 недель
913. Беременность, локализуемая в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности
- а) 1-2 недели
 - б) 3-4 недели
 - в) 5-6 недель
 - г) 7-8 недель
914. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано
- а) консервативное противовоспалительное лечение
 - б) операция
 - в) гемотрансфузия
 - г) все перечисленное
915. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано
- а) немедленное переливание крови
 - б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)
 - в) надежный гемостаз
 - г) все перечисленное
916. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача
- а) немедленная операция
 - б) операцию можно произвести в плановом порядке

- в) возможно консервативное лечение больной
 - г) верно все перечисленное
917. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает
- а) электрофорез лекарственных средств
 - б) ультразвуковую терапию
 - в) гормональную терапию
 - г) все перечисленное
918. Сроки временной нетрудоспособности больной, оперированной по поводу внематочной беременности, желательны не менее
- а) 2-3 недель
 - б) 4-5 недель
 - в) 6-7 недель
 - г) 8-9 недель
919. Клинические признаки перитонита
- а) вздутие живота
 - б) парез кишечника
 - в) прогрессирующая тахикардия
 - г) все перечисленные
920. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой
- а) скудные кровянистые выделения из половых путей
 - б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области
 - в) при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков
 - г) верно все перечисленное
921. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой
- а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
 - б) иррадиация боли в плечо
 - в) тошнота (или рвота)
 - г) верно все перечисленное
922. Медицинская реабилитация больной, оперированной по поводу перекрута ножки опухоли яичника, состоит в проведении
- а) противовоспалительной рассасывающей терапии
 - б) коррекции функции оставшегося яичника
 - в) контрацепции мужским механическим средством
 - г) всего перечисленного
923. Возможным источником кровотечения из яичника является
- а) желтое тело
 - б) фолликулярная киста яичника
 - в) киста желтого тела
 - г) все перечисленное
924. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности
- а) гемотрансфузия, операция
 - б) консультация терапевта, анестезиолога, операция
 - в) ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция
 - г) операция, гемотрансфузия
925. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать
- а) с самопроизвольным выкидышем малого срока
 - б) с обострением хронического сальпингоофорита
 - в) с дисфункциональным маточным кровотечением

- г) со всем перечисленным
926. Шоковый индекс - это
- а) отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1
 - б) отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1
 - в) отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0.5
 - г) отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0.5
927. Апоплексия яичника - это
- а) остро возникшее кровотечение из яичника
 - б) разрыв яичника
 - в) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
 - г) верно а) и б)
928. Тактика врача при небольшом дефекте матки (во время чревосечения по поводу перфорации матки) включает все перечисленное, кроме
- а) надвлагалищной ампутации матки
 - б) иссечения краев перфорационного отверстия
 - в) ушивания перфорационного отверстия
 - г) ревизии органов малого таза
929. Особенности операции у больной с tuboовариальным образованием в стадии острого воспаления
- а) дренирование брюшной полости
 - б) опасность травмы кишечника и мочевого пузыря
 - в) технические трудности при выполнении операции необходимого объема
 - г) верно все перечисленное
930. Перитонит - это воспаление
- а) висцеральной брюшины
 - б) париетальной брюшины
 - в) клетчатки малого таза
 - г) верно а) и б)
931. При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме
- а) экстирпация матки с придатками
 - б) надвлагалищная ампутация матки с придатками
 - в) экстирпация матки с трубами
 - г) надвлагалищная ампутация матки с трубами
932. Для улучшения реологических свойств крови у больных, оперированных по поводу гнойного перитонита, применяют
- а) трасилол
 - б) гепарин
 - в) реополиглюкин
 - г) верно б) и в)
933. Причины "острого живота" вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов
- а) внематочная беременность
 - б) перекрут ножки опухоли яичника
 - в) инфаркт миоматозного узла
 - г) верно б) и в)
934. При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника
- а) перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии
 - б) производят экстирпацию матки с придатками
 - в) удаляют оба яичника
 - г) все перечисленное неверно

935. При влагалищном исследовании у больной выявлено: наружный зев закрыт, матка слегка увеличена, размягчена. Справа в области придатков определяется мягковатое, болезненное образование, отмечается болезненность при движении за шейку матки. Возможный диагноз
- а) прогрессирующая трубная беременность справа
 - б) апоплексия правого яичника
 - в) обострение хронического воспалительного процесса правых придатков матки
 - г) верно а) и в)
936. При влагалищном исследовании у больной с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт. Алые кровянистые выделения из цервикального канала. Матка увеличена до 8 недель беременности. Придатки не определяются. Своды влагалища свободны. Диагноз
- а) трубный аборт
 - б) нарушенная маточная беременность
 - в) апоплексия яичников
 - г) обострение воспалительного процесса придатков матки
937. Факторы риска перфорации матки при выскабливании
- а) в анамнезе - множественные аборты
 - б) эндометрит
 - в) пузырный занос
 - г) все перечисленные факторы
938. При перфорации матки необходимо обязательно произвести лапаротомию, если
- а) перфорация матки произведена зондом
 - б) состояние больной удовлетворительное
 - в) признаки кровотечения в брюшную полость не выражены
 - г) ничего из перечисленного
939. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме
- а) болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
 - б) отсутствия наружного кровотечения
 - в) отрицательных биологических реакций на беременность
 - г) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
940. Для перекрута ножки опухоли яичника характерно
- а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения
 - б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли
 - в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
 - г) все перечисленное
941. При перитоните в реактивной стадии внутрикожный волдырь (при проведении пробы Мак-Клюра - Олдрича) рассасывается за период времени
- а) от 60 мин до 45 мин
 - б) от 45 мин до 20 мин
 - в) от 20 мин до 10 мин
 - г) от 10 мин до 2 мин
942. При перитоните в токсической стадии внутрикожный волдырь (при проведении пробы Мак-Клюра - Олдрича) рассасывается за период времени
- а) от 60 мин до 45 мин
 - б) от 45 мин до 20 мин
 - в) от 20 мин до 10 мин
 - г) от 10 мин до 2 мин
943. При развитии перитонита после операции у гинекологической больной, как правило, отмечается
- а) возвратность пареза кишечника
 - б) недостаточная эффективность комплексной противовоспалительной терапии

- в) нарастание признаков интоксикации
 - г) все перечисленное
944. Возможные изменения периферической крови у больных с перитонитом
- а) сдвиг формулы белой крови влево
 - б) количество лейкоцитов несколько больше нормы
 - в) лимфопения
 - г) все перечисленные изменения
945. Инфузионную терапию у больной, оперированной по поводу перитонита, целесообразно начинать с введения
- а) эритроцитарной массы
 - б) 5% раствора глюкозы
 - в) плазмозаменителей
 - г) верно б) и г)
946. Дренирование брюшной полости во время операции у больной с гнойным перитонитом необходимо
- а) для оттока гнойного экссудата
 - б) для введения антибактериальных препаратов
 - в) для брюшного лаважа
 - г) для всего перечисленного
947. Перекрут ножки опухоли яичника может быть
- а) полный
 - б) частичный
 - в) многократный
 - г) верно все перечисленное
948. По локализации плодного яйца выделяют следующие варианты внематочной беременности
- а) двусторонняя трубная беременность
 - б) брюшная беременность
 - в) шейная беременность
 - г) все перечисленные варианты
949. Для шейной беременности характерно все перечисленное, кроме
- а) увеличения шейки матки
 - б) расположения эксцентрично маточного зева
 - в) асимметричности шейки матки
 - г) положения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки
950. При проведении медаборта в самом начале операции возникло обильное маточное кровотечение. Диагностирована шейная беременность. Тактика врача
- а) ускорить удаление плодного яйца кюреткой
 - б) попытаться удалить плодное яйцо пальцем
 - в) чревосечение, экстирпация матки
 - г) удаление плодного яйца с помощью вакуум-эксхлеатора
951. Для брюшной беременности поздних сроков чаще всего характерно
- а) периодические приступы болей в животе, иногда с кратковременной потерей сознания
 - б) резкие боли при движениях плода
 - в) определение частей плода непосредственно под брюшной стенкой
 - г) все перечисленное
952. При трубном аборте возможно
- 1) образование заматочной гематомы
 - 2) образование перитубарной гематомы
 - 3) образование гематосальпинкса
 - 4) массивное кровотечение в брюшную полость
- а) верно 1, 2, 3

- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

953. При прерывании трубной беременности обычно происходит

- 1) гибель плодного яйца
 - 2) снижение содержания хорионического гонадотропина в моче
 - 3) отторжение децидуальной оболочки матки
 - 4) набухание молочных желез
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4

954. Клинические проявления прервавшейся внематочной беременности зависят

- 1) от локализации плодного яйца
 - 2) от характера прерывания (разрыв трубы, трубный аборт)
 - 3) от срока беременности
 - 4) от возраста женщины
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) от всего перечисленного
 - г) верно 4

955. Прогрессирующую трубную беременность надо, как правило, дифференцировать

- 1) с мелкокистозным изменением яичника
 - 2) с маточной беременностью малого срока
 - 3) с подострым сальпингоофоритом
 - 4) с перекрутом ножки опухоли яичника
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) со всем перечисленным
 - г) верно 4

956. Разрыв беременной трубы надо дифференцировать

- 1) с острым аппендицитом
 - 2) с апоплексией яичника
 - 3) с перекрутом ножки опухоли яичника
 - 4) с пищевой интоксикацией
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) со всем перечисленным
 - г) верно 4

957. Для диагностики внематочной беременности используют

- 1) УЗИ
 - 2) лапароскопию
 - 3) гистеросальпингографию
 - 4) гистероскопию
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4

958. По поводу прервавшейся трубной беременности проводится операция в объеме

- 1) сальпингэктомии
- 2) консервативно-пластической операции на трубе
- 3) сальпингэктомии и резекции яичника (по показаниям)

4) надвлагалищной ампутации матки с придатками (на стороне поражения)

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

959. Прогрессирующую беременность в рудиментарном роге матки надо дифференцировать

1) с беременностью в интерстициальном отделе трубы

2) с подбрюшинным миоматозным узлом

3) с начавшимся самопроизвольным выкидышем

4) с шеечной беременностью

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) со всем перечисленным

г) верно 4

960. Факторы риска развития внематочной беременности

1) позднее начало менструаций

2) хронический воспалительный процесс в области придатков

3) отсутствие (а анамнезе) реабилитации после медаборта

4) недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные факторы

г) верно 4

961. В раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу прервавшейся трубной беременности (с большой кровопотерей), лечение должно быть направлено

1) на устранение гиповолемии

2) на нормализацию белкового обмена

3) на проведение противовоспалительной терапии

4) на улучшение функции печени

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) на все перечисленное

г) верно 4

962. Особенности реабилитации больной, оперированной по поводу внематочной беременности

1) восстановление репродуктивной функции

2) восстановление менструальной функции

3) обучение больной элементам самоконтроля (ведение менограмм, измерение базальной температуры)

4) обследование спермы мужа

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные особенности

г) верно 4

963. План реабилитационных мероприятий у больной, оперированной по поводу внематочной беременности, составляется с учетом

1) основного этиологического фактора, вызвавшего внематочную беременность

2) вида прерывания трубной беременности

3) характера изменений оставшейся маточной трубы

4) характера морфологического исследования удаленной маточной трубы

а) верно 1, 2, 3

- б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4
964. Больной, оперированной по поводу внематочной беременности, противопоказано
- 1) тяжелый физический труд
 - 2) работа в условиях переохлаждения
 - 3) сидячая работа
 - 4) работа, связанная с ночными сменами
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
965. Дисфункция яичников у больных, оперированных по поводу трубной беременности, как правило, связана
- 1) с длительно существующим воспалительным процессом в придатках матки
 - 2) с операцией сальпингэктомии
 - 3) с временем года
 - 4) с возрастом больной
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) со всем перечисленным
 - г) верно 4
966. В состав лекарственного раствора для гидротубации обычно входит
- 1) антибиотик
 - 2) лидаза
 - 3) гидрокортизон
 - 4) витамины группы В
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
967. Клиническая картина при апоплексии яичника зависит
- 1) от характера кровотечения
 - 2) от наличия сопутствующих заболеваний
 - 3) от выраженности болевого синдрома
 - 4) от возраста больной
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) от всего перечисленного
 - г) верно 4
968. Патологический процесс, нередко предшествующий развитию апоплексии яичника
- 1) хроническое воспаление придатков матки
 - 2) мелкокистозное изменение яичника
 - 3) хронический аппендицит
 - 4) хронический гастрит
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
969. Апоплексия яичника может развиваться
- 1) вследствие чрезмерного физического напряжения
 - 2) вследствие сексуальной гиперактивности

- 3) в состоянии покоя
- 4) во время беременности
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

970. Апоплексия яичника чаще наступает

- 1) в период овуляции
- 2) в стадию васкуляризации желтого тела
- 3) в период созревания граафова фолликула
- 4) в период атрезии фолликулов
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

971. При значительном кровотечении в брюшную полость у больной с апоплексией яичника показано

- 1) чревосечение, резекция яичника
- 2) чревосечение, ушивание разрыва яичника
- 3) наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям - гемотрансфузия
- 4) консервативная терапия: покой, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

972. У больной с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является

- 1) наличие воспаления придатков в анамнезе
- 2) дисфункция яичников в анамнезе
- 3) болевой синдром
- 4) внутрибрюшное кровотечение
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

973. Для клиники апоплексии яичника характерно

- 1) острое начало, появление иногда очень сильных болей внизу живота
- 2) нередко тошнота и рвота на фоне приступа болей
- 3) при обильном кровотечении в брюшную полость возможно возникновение френикус-симптома

4) вполне удовлетворительное самочувствие больной, отсутствие признаков значительного кровотечения в брюшную полость

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

974. Клиника нагноения тубовариального воспалительного образования

- 1) гектическая температура
- 2) озноб, интоксикация
- 3) отсутствие эффекта от противовоспалительной терапии

- 4) сбоку от матки определяется болезненное, четко контурирующееся подвижное образование
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
975. Реабилитация больной после операции по поводу перфорации матки
- 1) "закрыть" 2-3 очередных менструации антибактериальными препаратами
 - 2) электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике
 - 3) противовоспалительная терапия не менее 3-4 месяцев
 - 4) контрацепция мужским механическим средством не менее 2 лет
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
976. Реабилитация больной, оперированной по поводу апоплексии яичника, включает
- 1) общеукрепляющую терапию
 - 2) комплексную противовоспалительную терапию
 - 3) коррекцию гормональной функции яичников
 - 4) санацию хронических очагов инфекции
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
977. Методы диагностики, уточняющие диагноз апоплексии яичника
- 1) диагностическая пункция заднего влагалищного свода
 - 2) УЗИ
 - 3) исследование периферической крови (общий клинический анализ)
 - 4) лапароскопия
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные методы
 - г) верно 4
978. Для диагностики нагноившегося tuboовариального образования, как правило, применяют
- 1) УЗИ
 - 2) лапароскопию
 - 3) диагностическую пункцию через задний влагалищный свод
 - 4) гистеросальпингографию
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
979. Абсолютным показанием к операции в гинекологии является
- 1) внутрибрюшное кровотечение
 - 2) перитонит
 - 3) угроза перфорации tuboовариального абсцесса
 - 4) пельвиоперитонит
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4

980. Показанием к оперативному лечению у больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов является
- 1) пиосальпинкс и пиовар
 - 2) сочетание воспалительного процесса с новообразованием внутренних половых органов
 - 3) tuboовариальное образование, не поддающееся консервативному лечению
 - 4) хронический сальпингоофорит с мелкокистозной дегенерацией яичников
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
981. Пельвиоперитонит - это
- 1) перитонит, локализованный в области малого таза
 - 2) воспаление брюшины малого таза
 - 3) воспаление клетчатки малого таза
 - 4) воспаление серозного покрова матки
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
982. Развитие перитонита может быть обусловлено
- 1) нарушением целостности стенок полых органов
 - 2) нарушением проницаемости стенки кишечника
 - 3) воспалением органов брюшной полости
 - 4) острым нарушением кровоснабжения внутренних органов
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всем перечисленным
г) верно 4
983. Причины развития послеоперационного перитонита
- 1) инфицирование брюшной полости во время операции
 - 2) несостоятельность швов
 - 3) развитие некроза ткани дистальнее лигатуры при оставлении больших культей
 - 4) оставление инородного тела в брюшной полости
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
984. Наиболее характерные клинические симптомы перитонита
- 1) рвота, сухой язык
 - 2) задержка стула и газов
 - 3) вздутие и напряжение живота
 - 4) симптомы раздражения брюшины
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
985. Факторы риска развития перитонита после полостной операции у гинекологической больной
- 1) фон вторичной анемии до операции
 - 2) отсутствие адекватного восполнения кровопотери во время операции
 - 3) длительность и травматичность операции

- 4) наличие в анамнезе трех и более родов
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные факторы
 - г) верно 4
986. При прогрессировании перитонита отмечается
- 1) гипоксия жизненно важных органов
 - 2) атония кишечника
 - 3) ДВС-синдром
 - 4) снижение минутного объема сердца
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
987. Дополнительные методы диагностики перитонита
- 1) оценка динамики основных объективных данных за 1 час наблюдения за больной (на фоне лечения)
 - 2) ультразвуковое исследование
 - 3) лапароскопия
 - 4) ирригоскопия
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
988. В лечении больных, оперированных по поводу перитонита, имеет значение
- 1) улучшение реологических свойств крови
 - 2) коррекция нарушений белкового обмена
 - 3) антибактериальная терапия
 - 4) проведение неспецифической иммунной терапии
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
989. Состав хирургической ножки кисты яичника
- 1) собственно яичниковая связка
 - 2) воронко-тазовая связка
 - 3) мезосальпинкс
 - 4) маточная труба
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
990. Патологоанатомические изменения при перекруте ножки опухоли зависят
- 1) от быстроты перекрута
 - 2) от степени перекрута
 - 3) от сопутствующих заболеваний
 - 4) от возраста женщины
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) от всего перечисленного
 - г) верно 4
991. Изменения в миоматозном узле, связанные с нарушением питания опухоли

- 1) отек
- 2) кровоизлияние
- 3) некроз
- 4) нагноение
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные изменения
- г) верно 4

992. Некроз миоматозного узла наиболее часто происходит

- 1) во время беременности
- 2) в послеродовом периоде
- 3) в послеабортном периоде
- 4) за 3-5 дней до начала менструации
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

993. Возможным исходом внематочной беременности является

- 1) донашивание беременности до поздних сроков
- 2) обызвествление и мумификация плодного яйца
- 3) трубный аборт на ранних сроках с последующей резорбцией плодного яйца
- 4) разрыв плодместилища, кровотечение и шок
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

994. Эндометриоз шейки матки встречается у женщин после

- а) абортов
- б) диатермокоагуляции шейки матки
- в) гистеросальпингографии
- г) всего перечисленного

995. Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме

- а) гиперплазии мышечной ткани матки
- б) равномерного увеличения размеров матки накануне менструации
- в) неравномерного увеличения размеров матки накануне менструации
- г) образования в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой

996. Факторы риска по развитию аденокарциномы

в очагах внутреннего эндометриоза у пациенток в постменопаузе

- а) ожирение
- б) гипертоническая болезнь
- в) сахарный диабет
- г) все перечисленные факторы

997. Для эндометриозных кист яичника

характерны следующие клинические симптомы

- а) резкие боли в низу живота с развитием у части больных синдрома "острого" живота
- б) прогрессирующая альгоменорея
- в) нарушение функции кишечника и мочевого пузыря
- г) все перечисленные симптомы

998. Условия, обеспечивающие информативность метросальпингографии в целях диагностики внутреннего эндометриоза тела матки

- а) применение только водного контрастного раствора
- б) "тугое" заполнение полости матки контрастным раствором

в) проведение исследования во вторую фазу менструального цикла

г) верно а) и б)

999. Особенности кольпоскопической диагностики эндометриоза шейки матки

а) лучше проводить кольпоскопию в динамике на протяжении всего менструального цикла

б) при обработке 2% раствором Люголя отмечается интенсивное окрашивание в области эндометриоидного образования шейки матки

в) накануне менструации видны струйки крови, выделяющиеся из сине-багрового образования на шейке матки

г) верно все перечисленное

1000. Эндометриоидную кисту яичника следует дифференцировать

а) с воспалительным образованием придатков матки

б) с кистой яичника

в) с субсерозной миомой матки

г) со всем перечисленным

Ответы на тестовые задания:

1 а	2 а	3 а	4 б
5 б	6 - в	7 а	8 г
9 д	10 а	11 а	12 а
13 г	14 в	15 г	16 г
17 б	18 г	19 г	20 г
21 а	22 а	23 б	24 в
25 а	26 а	27 а	28 в
29 б	30 в	31 г	32 в
33 а	34 г	35 а	36 г
37 а	38 а	39 г	40 в
41 а	42 а	43 б	44 г
45 г	46 г	47 г	48 в
49 г	50 г	51 б	52 а
53 г	54 г	55 г	56 а
57 г	58 в	59 в	60 б
61 а	62 а	63 д	64 а
65 г	66 г	67 а	68 б
69 в	70 в	71 г	72 б
73 б	74 г	75 а	76 г
77 г	78 г	79 а	80 г
81 а	82 г	83 б	84 в
85. 3	86. 4	87. 2	88. 1
89. 2	90. 4	91. 3	92. 1
93. 2	94. 2	95. 3	96. 2
97. 2	98. 2	99. 3	100. 1
101. 1	102. 3	103. 2	104. 1
105. 4	106. 4	107. 3	108. 1
109. 4	110. 3	111. 2	112. 3
113. 4	114. 3	115. 2	116. 2
117. 3	118. 2	119. 3	120. 1

121. 3	122. 2	123. 4	124. 3
125. 1	126. 2	127. 2	128. 3
129. 3	130. 2	131. 4	132. 1
133. 3	134. 4	135. 4	136. 2
137. 3	138. 2	139. 1	140. 2
141. 4	142. 3	143. 3	144. 2
145. 1	146. 1	147. 3	148. 2
149. 4	150. 1	151. 3	152. 3
153. 2	154. 3	155. 1	156. 2
157. 3	158. 3	159. 1	160. 3
161. 2	162. 2	163. 4	164. 3
165. 4	166. 3	167. 4	168. 1
169. 4	170. 3	171. 2	172. 3
173. 4	174. 2	175. 1	176. 3
177. 2	178. 2	179. 4	180. 4
181. 1	182. 3	183. 1	184. 3
185. 4	186. 3	187. 4	188. 4
189. 4	190. 1	191. 1	192. 2
193. 1	194. 2	195. 2	196. 3
197. 2	198. 3	199. 4	200. 1
201. 4	202. 1	203. 1	204. 2
205. 1	206. 1	207. 2	208. 3
209. 4	210. 2	211. 1	212. 2
213. 4	214. 2	215. 2	216. 1
217. 2	218. 2	219. 2	220. 3
221. 2	222. 4	223. 1	224. 1
225. 3	226. 1	227. 2	228. 2
229. 3	230. 2	231. 2	232. 2
233. 1	234. 1	235 - г	236 - в
237 в	238 - г	239 - г	240 - б
241 а	242 - б	243 - б	244 - в
245 г	246 - а	247 - а	248 - г
249 а	250 - а	251 - а	252- г
253 а	254- в	255 - б	256 - г
257 б	258- г	259 - б	260- г
261 г	262 - б	263 - г	264 - г
265 в	266 - в	267- а	268 - в
269 г	270 - г	271- г	272- а
273 б	274 - а	275- г	276 - г
277 г	278 - а	279- г	280- г
281 г	282 - а	283 - а	284- г
285 б	286 - г	287 - г	288 - а
289 г	290 - г	291 - б	292 - г
293 г	294 - г	295 - в	296 - а
297 г	298 - г	299- в	300 - г

301 Г	302 - а	303 – в	304 - Г
305 в	306 - Г	307 - б	308 - в
309 Г	310 - а	311 - Г	312 - Г
313 Г	314- Г	315 - Г	316 - Г
317 в	318 - а	319 - в	320- в
321 в	322 - а	323- в	324 - б
325 а	326 - в	327 - в	328 - а
329 в	330 - а	332 – в	333 - б
334 а	335 - б	336 - а	337- Г
338 Г	339 - Г	340- Г	341 - в
342 Г	343 - Г	344 - в	345 - б
346 а	347 - Г	348 - в	349- Г
350 Г	351- а	352 – в	353 - а
354 Г	355 - Г	356 - Г	357- в
358 а	359 - в	360 - в	361- б
362 б	363- Г	364 - Г	365 - Г
366 а	367 - Г	368 - Г	369- Г
370 Г	371 - Г	372 – Г	373 - Г
374 Г	375 Г	376 - Г	377 - Г
378 Г	379 а	380- в	381- а
382 Г	383 в	384 - а	385 - а
386 в	387 б	388 Г	389 б
390 в	391 б	392 а	393 в
394 а	395 в	396 в	
397 Г	398 Г	399 в	400 б
401 в	402 б	403 Г	404 а
405 а	406 а	407 в	408 Г
409 в	410 в	411 Г	412 Г
413 а	414 а	415 Г	416 а
417 Г	418 а	419 б	420 а
421 а	422 в	423 Г	424 Г
425 а	426 Г	427 а	428 Г
429 в	430 а	431 б	432 Г
433 б	434 а	435 а	436 Г
437 в	438 в	439 а	440 Г
441 в	442 Г	443 б	444 б
445 б	446 в	447 б	448 б
449 б	450 а	451 а	452 б
453 а	454 Г	455 а	456 а
457 Г	458 в	459 в	460 в
461 б	462 а	463 Г	464 в
465 в	466 в	467 а	468 Г

469 Б	470 Г	471 б	472 б
473 Б	474 б	475 б	476 б
477 Б	478 Б	479 а	480 Б
481 б	482 Б	483 а	484 а
485 Г	486 Б	487 Г	488 Б
489 Б	490 Б	491 а	492 б
493 б	494 а	495 б	496 Б
497 Б	498 б	499 б	500 а

501	Г	551	Б	601	Д	651	Г	701	Г
502	Г	552	Б	602	А	652	Б	702	А
503	Г	553	Д	603	Б	653	Б	703	Д
504	д	554	А	604	Б	654	Д	704	Г
505	Г	555	Г	605	Б	655	Г	705	Г
506	А	556	Д	606	Б	656	Б	706	Г
507	Г	557	Г	607	Б	657	Д	707	Б
508	Г	558	Д	608	Б	658	Д	708	Г
509	Г	559	Г	609	Б	659	Д	709	Г
510	г	560	д	610	Б	660	Д	710	г
511	Б	561	Г	611	Г	661	Г	711	Б
512	А	562	Б	612	Б	662	Д	712	Д
513	Б	563	Б	613	Г	663	А	713	Г
514	Б	564	Д	614	Б	664	А	714	Г
515	Б	565	Д	615	Б	665	Г	715	Б
516	Б	566	Б	616	Б	666	Д	716	Б
517	Б	567	Б	617	Б	667	Г	717	Г
518	А	568	Б	618	б	668	А	718	Г
519	Г	569	Г	619	Д	669	Б	719	Г
520	в	570	а	620	Д	670	б	720	Г
521	Г	571	Г	621	Б	671	А	721	А
522	Б	572	Б	622	Б	672	Б	722	Г
523	Б	573	Г	623	Б	673	Б	723	Г
524	Б	574	А	624	Б	674	Б	724	А
525	А	575	Д	625	Б	675	Б	725	А
526	А	576	Г	626	А	676	А	726	Г
527	Б	577	Б	627	А	677	А	727	Д
528	Б	578	А	628	А	678	Б	728	Б
529	Б	579	А	629	Б	679	Б	729	Б
530	Б	580	в	630	А	680	А	730	г
531	Б	581	Г	631	Д	681	Б	731	А
532	Б	582	Д	632	Г	682	Б	732	Г
533	Б	583	Г	633	Г	683	Б	733	Б
534	А	584	Б	634	Г	684	Б	734	А
535	Б	585	Б	635	Г	685	Б	735	Г

536	В	586	Г	636	Г	686	В	736	В
537	В	587	Г	637	Г	687	В	737	Г
538	В	588	Д	638	Д	688	В	738	А
539	В	589	Б	639	В	689	В	739	Г
540	в	590	г	640	д	690	а	740	б
541	Б	591	Д	641	Г	691	В	741	Г
542	В	592	В	642	Д	692	В	742	А
543	Б	593	Г	643	Д	693	В	743	В
544	В	594	Г	644	Б	694	Г	744	В
545	В	595	Г	645	А	695	Д	745	В
546	В	596	А	646	Д	696	Б	746	А
547	В	597	Д	647	Д	697	Г	747	Б
548	В	598	Б	648	А	698	В	748	В
549	В	599	А	649	Г	699	Г	749	Б
550	д	600	в	650	д	700	Г	750	б
751 - В		752 - В		753 - Г		754 - а			
755 - Г		756 - Г		757 - В		758 - Г			
759 - Г		760 - В		761 - В		762 - Г			
763 - Г		764 - Г		765 - Г		766 - Г			
767 - Г		768 - Г		769 - Г		770 - Г			
771 - Г		772 - Г		773 - Г		774 - Г			
775 - Г		776 - Г		777 - Г		778 - Г			
779 - б		780 - б		781 - Г		782 - Г			
783 - а		784 - Г		785 - Г		786 - Г			
787 - Г		788 - Г		789 - а		790 - В			
791 - Г		792 - Г		793 - б		794 - Г			
795 - б		796 - Г		797 - б					
798 - Г		799 - Г		800 - Г		801 - Г			
802 - а		803 - Г		804 - Г		805 - а			
806 - Г		807 - Г		808 - Г		809 - В			
810 - В		811 - В		812 - а		813 - В			
814 - В		815 - а		816 - Г		817 - Г			
818 - В		819 - а		820 - В		821 - В			
822 - В		823 - а		824 - В		825 - а			
826 - В		827 - а		828 - а		829 - В			
830 - В		831 - б		832 - а		833 - б			
834 - В		835 - а		836 - б		837 - В			
838 - а		839 - а		840 - В		841 - а			
842 - б		843 - В		844 - б		845 - В			
846 - В		847 - В		848 - б		849 - б			
850 - а		851 - Г		852 - В		853 - б			
854 - В		855 - а		856 - В		857 - б			
858 - В		859 - В		860 - а		861 - В			
862 - В		863 - б		864 - В		865 - В			

866 - в	867 - в	868 - а	869 - в
870 - а	871 - б	872 - в	873 - а
874 - б	875 - б	876 - в	877 - а
878 - а	879 - а	880 - в	881 - а
882 - в	883 - а	884 - в	885 - в
886 - в	887 - а	888 - в	889 - б
890 - в	891 - а	892 - в	893 - в
894 - в	895 - а	896 - б	897 - в
898 - г	899 - а	900 - б	901 - б
902 - б	903 - в	904 - б	905 - в
906 - в	907 - б	908 - а	909 - а
910 - а	911 - в	912 - г	913 - а
914 - б	915 - г	916 - а	917 - г
918 - б	919 - г	920 - г	921 - г
922 - г	923 - г	924 - г	925 - г
926 - в	927 - г	928 - а	929 - г
930 - г	931 - в	932 - в	933 - г
934 - г	935 - г	936 - б	937 - г
938 - г	939 - г	940 - г	941 - б
942 - в	943 - г	944 - г	945 - г
946 - г	947 - г	948 - г	949 - г
950 - в	951 - г	952 - в	953 - а
954 - а	955 - а	956 - в	957 - а
958 - а	959 - б	960 - в	961 - в
962 - б	963 - в	964 - б	965 - б
966 - а	967 - а	968 - а	969 - в
970 - а	971 - б	972 - г	973 - в
974 - а	975 - в	976 - а	977 - г
978 - б	979 - а	980 - а	981 - б
982 - в	983 - в	984 - в	985 - а
986 - в	987 - а	988 - в	989 - в
990 - б	991 - в	992 - а	993 - в
994 - г	995 - г	996 - г	997 - г
998 - г	999 - г	1000 - г	

Задачи

Задача №1

В женскую консультацию обратилась женщина 22 лет с жалобами на задержку менструации в течение семи недель, слабость, сонливость, отсутствие аппетита, постоянную тошноту и рвоту после каждого приема пищи. За последний месяц похудела на 4,5 кг. В анамнезе ОРВИ, хронический гастрит. На диспансерном учете не состоит. Менархе в 15 лет, Менструальный цикл регулярный. Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен.. Телосложение астеническое, вес 54 кг, рост 168 см. Кожные покровы сухие, с желтоватым оттенком, тургор резко снижен, температура тела 37,2 С.

ЧДД 17 в минуту. АД 100 и 60 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. В зеркалах: слизистая чистая. Выделения обычные бели в небольшом количестве. Бимануальное исследование: влагалище нерожавшей. Матка увеличена до 8 недель беременности, мягкая, подвижная, безболезненная. Шейка матки сформирована, плотная, наружный зев закрыт. Придатки не увеличены, пальпация их безболезненная. Своды свободные.

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

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

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

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

Прогноз относительно благоприятный.

Лечение: противорвотная терапия, седативная терапия, коллоидные растворы.

Задача №2

К врачу женской консультации обратилась женщина 32 лет с жалобами на задержку менструации в течение трех месяцев, тянущие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х дней. Соматически здорова. Менструальный цикл с 14 лет, регулярный. В браке 10 лет, муж здоров. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений девять лет назад. Две последующие беременности завершились соответственно медицинским абортom в сроке семь недель и самопроизвольным выкидышем в сроке восемь недель. Гинекологические заболевания отрицает. В течение трех лет после последней беременности с целью контрацепции использовала внутриматочную спираль, которая удалена год назад в связи с нарушением менструального цикла по типу мено- метроррагии. После удаления ВМС цикл нормализовался, но менструальные выделения остались обильными, продолжительностью до 8 дней, чаще болезненные. К врачу не обращалась. Объективно: Общее состояние не нарушено. Температура тела 37 С. По органам без патологии. АД 120 и 70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 84 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий безболезненный. На подкладной кровянистые выделения темного цвета в небольшом количестве. В зеркалах: слизистая цианотичная, чистая. Шейка матки деформирована за счет старых разрывов. Наружный зев зияет. Из цервикального канала выделения темной крови со слизью в количестве 5 – 7 мл. При бимануальном исследовании установлено: влагалище рожавшей, емкое. Тело матки увеличено до 13 недель беременности, размягчено, подвижное. Перешеек размягчен. Шейка матки укорочена до 2,5 см, наружный зев приоткрыт, пропускает кончик пальца. Придатки не пальпируются, область их безболезненная.

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

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

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

Госпитализация. Сохраняющая терапия. Обследование, выявление причины невынашивания.

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

Задача №3

В родильное отделение поступила беременная М., 24 лет, с жалобами на излитие околоплодных вод 3 часа назад. 1-ая беременность 4 года назад закончилась кесаревым сечением по поводу гипоксии плода, извлечен мальчик массой 3250,0. Послеоперационный период осложнился нагноением и расхождением шва на передней брюшной стенке. 2-ая беременность - медицинский аборт, 2 года назад, без видимых осложнений. 3-я беременность - настоящая, протекала с угрозой прерывания беременности в 1-ом триместре, находилась на стационарном лечении. При поступлении срок

беременности 38-39 недель. Общее состояние удовлетворительное. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 37 см. Матка в тонусе, при пальпации болезненная. В области нижнего сегмента при пальпации отмечается болезненность. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, ниже пупка, 140-146 ударов в минуту. Размеры таза: 25-27-31-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, размерами 10,5х11 см. Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка сформирована, длиной 2-2,5 см, смещена кпереди, размягчена. Наружный зев протекает кончик пальца. Через своды определяется головка. Подтекают светлые воды. Мыс не достигается.

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

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

Предполагаемый вес плода – 3700

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

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

Задача №4

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

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

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

Осложнения: Угрожающий разрыв матки.

Умеренная преэклампсия, крупный плод – показания к операции кесарево сечение в плановом порядке – тактика неправильная.

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

Задача №5

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

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

Диагноз: Роды 1 срочные. 1 период родов. Латентная фаза. Тазовое предлежание плода. Чистоягодичное предлежание плода. Крупный плод. Раннее отхождение околоплодных вод. Осложнения при естественных родах: Запрокидывание ручек, гипоксия плода, спазм маточного зева, переход в задний вид.

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

В настоящее время - немедленное родоразрешение.

При небольших размерах плода до 3500 – пособие по Цовьянову.

Задача №6

Первобеременная 20 лет, поступила в родильный дом с жалобами на тошноту, слюнотечение, рвоту до 12 раз в сутки, не связанную с приемом пищи. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 3-4 дня, через 21 день, безболезненные, в значительном количестве. Последняя менструация 3/X. Половая жизнь с 18 лет. Две недели назад появились тошнота, рвота после еды, которая в последующие дни учащалась. За это время потеря массы тела составила 3 кг. Врачом женской консультации женщина направлена в родильный дом. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, суховаты. Телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 56 кг, рост 160 см. АД - 110/60 мм рт.ст., пульс 92 удара в минуту. Тоны сердца несколько приглушены. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены в размерах. Влагалищное исследование: имеется цианоз слизистой входа во влагалище. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки матки не определяются. Выделения слизистые. При исследовании крови обнаружено, что гемоглобин 100 г/л, белок общий - 70 г/л. В анализе мочи - ацетон (+++).

1. Диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии выписки беременной из стационара?

Диагноз: Беременность 6 недель. Токсикоз 1 половины. Рвота беременных тяжелая. Анемия беременных.

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

Диагностические критерии – уровень ацетона в моче, рвота до 12 раз в сутки – тяжелая степень.

Прогноз неблагоприятный.

Лечение: противорвотная терапия, седативная терапия, коллоидные растворы. Показания к прерыванию беременности – тяжелая степень, отсутствие эффекта от проводимой терапии, полиорганная недостаточность, снижение диуреза до 300 мл в сутки.

Задача №7

Роженица 27 лет, поступила в родильный дом со схватками. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 25 лет, вес плода 4200. 2-ая - закончилась медицинским аборт при сроке беременности 7-8 недель, без осложнений; 3-я - 2 года назад - медицинский аборт при сроке беременности 8-9 недель. Через неделю после аборта по поводу кровянистых выделений было произведено повторное выскабливание полости матки. Данная беременность 4-ая, развивалась без осложнений. Схватки начались 4 часа назад, воды излились 1 час назад. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 160 см, масса тела 75 кг. По органам без патологии. АД - 110/70 - 120/70 мм рт.ст. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки над лоном - 38 см. Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, сильные, резко болезненные. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Размеры таза: 25-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода - 4200-4300 гр. Симптом Вастена положительный. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, раскрытие 8 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подбородок. Лицевая линия стоит в правом косом размере. Подбородок обращен к правому крестцово-подвздошному сочленению. Крестцовая впадина свободна.

1. Диагноз?
2. Характер вставления головки?
3. Какие возможны осложнения в течение родовой деятельности.
4. Тактика врача?

Диагноз: Роды 2 срочные. 1 период родов. Лицевое предлежание плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Крупный плод. Клинический узкий таз. Раннее отхождение околоплодных вод.

Осложнения: Клинический узкий таз - разрыв матки.

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

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

Задача №8

К врачу женской консультации обратилась повторнородящая 29 лет с жалобами на отсутствие шевелений плода в течение двух дней. На учете с 6 недель, наблюдалась регулярно. Последняя явка на прием семь дней назад, каких либо отклонений в течение беременности выявлено не было. Соматически здорова. Менархе с 12 лет, менструальный цикл не нарушен. Срок беременности 41/42 недели. Первая половина беременности протекала без осложнений. В 24 и 32 недели перенесла ОРВИ, лечилась самостоятельно. АД в течение беременности не повышалось. Общая прибавка в массе тела 8 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Температура тела 36,6 С. Дыхание везикулярное. АД 100/60; 110/60 мм рт. ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. ОЖ 86 см, ВДМ 34 см. Матка возбудима, пальпация безболезненная. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз, сердечные тоны не выслушиваются. Размеры таза нормальные. Выделений из половых путей нет.

1. Диагноз?
2. Предполагаемая причина осложнения?
3. Тактика врача женской консультации?
4. Обследование в стационаре?
5. Наиболее рациональный способ родоразрешения?

Диагноз: Беременность 41/42 недели. Тенденция к перенашиванию. Антенатальная гибель плода.

Причина – ОРВИ , плацентарная недостаточность, тенденция к перенашиванию беременности.

Госпитализация. Провести полное клинико-лабораторное обследование, Узи, доплер, КТГ.

При подтверждении антенатальной гибели плода – индукция родов, плодоразрушающая операция.

Задача №9

Первобеременная 25 лет. Жалоб не предъявляет. Срок гестации 38 недель. Соматический и акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Первая половина беременности протекала без осложнений, с 32 недель тазовое предлежание. УЗИ в 33 – 34 недели: Плод в тазовом предлежании, соответствует сроку гестации; плацента I-II степени зрелости, расположена по задней стенке ближе к дну; околоплодных вод норма; по органам без патологии. КТГ в 36 недель соответствует гармоничному варианту первого уровня неритмичности. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. Прибавка в массе тела за неделю 320 г (общая за беременность 12 кг). АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. ОЖ 98 см; ВДМ 40 см. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 146 в минуту. Размеры таза: 23 – 26 – 30 – 21 см, индекс Соловьева 15,5. Физиологические отправления в норме. Выделений из половых путей нет. В анализе мочи единичные лейкоциты.

1. Диагноз?
2. Какая ошибка допущена при ведении беременной в консультации?
3. Рекомендации врача?

Диагноз: Беременность 38 недель. Тазовое предлежание плода. Крупный плод (для тазового - больше 3500).

В женской консультации необходимо было проводить гимнастику по Дикань или Абрамченко. Или наружный акушерский поворот.

Госпитализация за 2 недели до родов.

В данном случае – кесарево сечение – тазовое предлежание и крупный плод

Задача №10

Беременная 25 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и начавшимися схватками. Менструации с 12 лет, установились сразу по 4-5 дней, через 28 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет. Первая беременность через год после замужества закончилась медицинским аборт по желанию женщины при сроке беременности 10 недель. После аборта было воспаление придатков матки. Лечилась амбулаторно. Данная беременность вторая. Первая половина беременности протекала без осложнений. В последние 3 недели появились отеки на ногах, передней брюшной стенке. Консультацию не посещала. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Значительные отеки в области стоп, голеней и передней брюшной стенке. Масса тела 75 кг, рост 158 см, АД - 150/90 мм рт.ст. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в мин. Схватки через 3-4 минуты по 35-40 секунд, средней силы, умеренно болезненные. В анализе мочи - белок 1,1 г/л. Появилось желание тужиться. В этот момент значительно повысилось АД - до 180/110 мм рт.ст. Общее состояние удовлетворительное, головной боли нет, зрение ясное. Головка плода наружными приемами не определяется. С целью определения акушерской ситуации произведено влагалищное

исследование; открытие шейки полное. Головка плода на тазовом дне. Стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок под лоном.

1. Диагноз?
 2. План ведения при данной ситуации?
 3. Каковы ошибки, допущенные в женской консультации?
 4. Какое осложнение возможно при преэклампсии в родах, какова их профилактика?
- Диагноз : Роды 1 срочные. Тяжелая преэклампсия. Осложнение – тяжелой преэклампсии. (Значительные отеки в области стоп, голеней и передней брюшной стенке. В анализе мочи - белок 1,1 г/л. В этот момент значительно повысилось АД - до 180/110 мм рт.ст.) – эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Плодный пузырь (?) если не вскрыт – вскрыть. Так как головка находится на тазовом дне – акушерские щипцы или вакуум экстрактор. Далее лечение тяжелого гестоза. Магнезимальная и седативная терапия.

Задача №11

Первобеременная 24 лет, доставлена в родильный дом машиной скорой помощи после судорожного припадка при беременности 37 недель, который произошел 1 час назад. Родовой деятельности нет. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня, через 21 день, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 года. До 35 недель наблюдалась в женской консультации. Последние 3 дня беременную беспокоили головные боли, была несколько раз рвота. При поступлении общее состояние тяжелое. Жалуетесь на головную боль, мелькание мушек перед глазами. Лицо гиперемировано, одутловатое, значительные отеки на ногах и передней брюшной стенке. АД 190/110 мм рт.ст., пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Анализ мочи: белок 6,6 г/л, гиалиновые и зернистые цилиндры 6-7 в поле зрения. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 136 ударов в минуту. Размеры таза: 26-29-32-20 см. Матка в нормальном тонусе, родовой деятельности нет. Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка плотная, до 2,5 см отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды определяется головка, подвижна во входе в таз. Мыс не достигается.

1. Диагноз, симптомы, подтверждающие его?
2. План ведения?
3. Неотложная помощь?
3. Лечение эклампсии в современных условиях.
4. План ведения в послеродовом отделении?

Диагноз : Беременность 37 недель. Тяжелый гестоз. Приступ эклампсии. Немедленное родоразрешение. Кесарево сечение. Наркоз ЭТН. Продленная ИВЛ. Далее лечение тяжелого гестоза. Магнезимальная и седативная терапия.

Задача №12

Роженица 35 лет, поступила в родильный дом 10/X в 8 часов с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. В детстве белела корью, гриппом, перенесла ОРВИ, ангину, бронхит. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Первая беременность закончилась самопроизвольными нормальными родами живым ребенком, массой 3600 гр., 7 лет назад. В последующем было два искусственных аборта без осложнений. Два года назад имелись патологические роды, закончились кесаревым сечением в 38 недель по поводу предлежания плаценты (живой мальчик, 3200 гр., 50 см). Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 7-й день, заживление первичным натяжением, выписана на 6 день. Ребенок здоров. Данная беременность пятая, протекала без осложнений. Прибавка веса за беременность 11 кг. По беременности наблюдается в женской консультации, последнее посещение -2

недели назад. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, масса тела 82 кг, рост 168 см. По органам - без особенностей. АД - 120/80 мм рт. ст. Окружность живота 96 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см, ПМП - 3200 гр. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. При пальпации послеоперационного рубца втяжений, болезненности не выявлено. Родовая деятельность началась 4 часа назад. При поступлении схватки через 4-5 минут по 35 секунд, средней силы. Воды не изливались. При ультразвуковом исследовании 2 недели назад, при последнем посещении женской консультации, рубец на матке состоятелен. Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей, шейка сглажена, края ее тонкие, открытие 7 см, плодный пузырь цел - вскрыт - отошло умеренное количество чистых, вод. Предлежит головка, в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди (ведущий), большой справа кзади. Емкость таза удовлетворительная. Мыс не достигается

1. Диагноз?
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз?
3. План ведения родов?

Диагноз: Роды 3 срочные. 1 период родов. Рубец на матке.

Учитывая состоятельность рубца, можно продолжить ведение родов через естественные родовые пути. Контроль Узи, доплер, КТГ в родах. Оценка состояния рубца. При отклонении от нормального течения закончить операцией кесарево сечение. В родах не использовать утеротоники. 3 период родов вести активно – ручное отделение последа, обследовании полости матки – определение состоятельности рубца.

Задача 13.

Повторнородящая 30 лет, беременность доношенная, в родах 12 часов. Первый период родов сопровождался слабостью родовой деятельности, была назначена родостимуляция путем в/в капельного введения окситоцина. Развилась бурная родовая деятельность, излились светлые околоплодные воды. Внезапно у роженицы появился сильный озноб, отмечено повышение t до 39°C , цианоз лица, акроцианоз, затрудненное дыхание. АД - 85/60 мм рт.ст, ЧСС - 110 удар/мин слабого наполнения. Сердцебиение плода 140 ударов в мин, приглушено. При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева полное, головка плода на тазовом дне.

Диагноз? Акушерская тактика?

Диагноз: Эмболия околоплодными водами.

Неотложные мероприятия при эмболии околоплодными водами: интубации трахеи и перевод на искусственную вентиляцию легких, для нормализации функции сердечно-сосудистой системы начинают инфузионно-трансфузионную терапию. Необходим контроль свертываемости крови и тщательный учет кровопотери.. Лечение коагуляционных осложнений осуществляется согласно принципам терапии острой формы ДВС-синдрома.

После проведения неотложных мероприятий показана вакуум-экстракция плода/наложение акушерских щипцов.

Задача 14.

Первобеременная первородящая, 20 лет. В родах 14 часов. Безводный промежуток 1 час. Схватки через 2 минуты по 35-40 секунд. Положение плода продольное. Ягодички в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136-140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, раскрытие маточного зева – 8 см, плодного пузыря нет. Ягодички выполняют среднюю треть лонного сочленения и 2/3 крестцовой впадины. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец спереди.

Диагноз? Акушерская тактика?

Диагноз: Конец первого периода родов. Чисто ягодичное предлежание.

Тактика: консервативное ведение родов с профилактикой акушерских кровотечений, аномалий родовой деятельности и оценкой состояния плода.

Оказание пособия по Цовьянову I.

Задача 15

Повторнородящая 33 лет с доношенной беременностью, регулярная родовая деятельность началась 6 часов назад, воды излились 3 часа назад. В анамнезе 2 срочных родов и 7 искусственных аборт, без осложнений. Размеры таза 24x27x29x19 см. Высота стояния дна матки 40 см. Окружность живота 110 см. Схватки потужного характера через 1,5-2 мин. по 55-60 сек, достаточной силы. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода 160 уд. в мин, приглушенно. Влагалищный осмотр: раскрытие маточного зева полное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Плодного пузыря нет. Мыс не достигается.

Диагноз? Акушерская тактика?

Клинически узкий таз. Показана экстренное кесарево сечение.

Задача 16

Пациентка, 35 лет, срок беременности 38/39 нед., поступила в родильный дом с излитием околоплодных вод 2 часа назад. Две предыдущие беременности закончились медицинскими абортами до 12 нед беременности по желанию женщины. Последние 6 лет лечилась по поводу бесплодия.. Схватки по 15-20 секунд через 7-8 минут. Положение плода продольное, ягодички плода подвижны над входом в малый таз. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки – 39 см. Размеры таза 23-25-27-19 см. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки центрирована, укорочена до 1,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь отсутствует. Ягодички подвижны над входом в малый таз. Подтекают зеленоватые околоплодные воды.

Диагноз? Акушерская тактика?

Диагноз: Начало первого периода родов. Чисто ягодичное предлежание. Общеравномерносуженый таз I степени. Преждевременное излитие околоплодных вод. Острая внутриутробная гипоксия плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Тактика: оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечения по совокупности показаний для матери и плода: острая гипоксия плода и первородящая старшего возраста.

Задача 17

Повторнородящая 33 лет, в ж/к не наблюдалась, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, которая началась 8 часов назад. Околоплодные воды не изливались. Общее состояние удовлетворительное. Размеры таза: 25x28x31x20 см, ОЖ - 100 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 110 уд. в мин, приглушено. Схватки по 25 сек, редкие, малоболезненные. Через 15 мин после поступления в родильный дом излились околоплодные воды, окрашенные меконием. Раскрытие маточного зева - 2 см.

Диагноз.?Акушерская тактика?

Диагноз: Первичная слабость родовой деятельности.Острая гипоксия плода.

Показано кесарево сечение, показание: острая гипоксия плода.

Задача 18

Первородящая 29 лет со сроком беременности 38/39 нед, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Оклоплодные воды излились 12 часов назад. На учете в ж/к не состояла. Размеры таза 25х28х31х20 см. Общее состояние удовлетворительное. Схватки через 2-3 мин по 40 сек. Положение плода поперечное: головка справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева полное, во влагалище находится отечная правая ручка и плечико.

Диагноз? Акушерская тактика?

Запущенное поперечное положение плода. Внутриутробная гибель плода.

Показана плодоразрушающая операция (декапитация).

Задача 19

Первобеременная Д., 28 лет поступила в роддом с доношенной беременностью и родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Схватки через 3-4 мин. по 40 сек., регулярные, средней силы. АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 82 уд в мин. Зрение четкое, головной боли, отеков нет. Белка в моче нет. Из анамнеза установлено то, что состоит на диспансерном учете у терапевта по поводу гипертонической болезни I Б степени. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, прижата. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, раскрытие зева 4 см. Плодный пузырь цел. Костных экзостозов нет.

Диагноз? 2. План ведения родов?

Диагноз: Роды I, срочные. Первый период. Гипертоническая болезнь I Б степени.

Тактика: роды вести через естественные родовые пути с ранней амниотомией, контролем АД, мониторинг состояния плода и с конца второго периода родов профилактикой акушерских кровотечений. По акушерской ситуации показано укорочение второго периода родов путем вакуум-экстракции плода/наложением акушерских щипцов. Ведение родов совместно с анестезиологом, проведение эпидуральной анестезии для контроля АД и обезболивания родов.

Задача 20

Пациентка, 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 33/34 недели.

Настоящая беременность третья. I беременность закончилась срочными родами 4 года назад, ребенок здоров. II беременность - медицинский аборт в сроке беременности 9/10 недель, осложнился эндометритом. Неделю назад после физической нагрузки короткий эпизод кровомазания, к врачу не обращалась. Третий УЗИ-скрининг, со слов пациентки, не прошла. Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена.

Объективно: рост 165 см, вес 75 кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД 110/70 мм рт.ст. на обеих руках, PS 80 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ - 90 см ВДМ - 36 см. Тело матки в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в мин. Из половых путей скудные кровянистые выделения.

Диагноз с обоснованием? Акушерская тактика?

Диагноз: Беременность 33/34 недели. Предлежание плаценты? Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Обоснование диагноза: учитывая кровянистые выделения, необходимо срочная госпитализация в родильный дом для обследования и подтверждения диагноза.

Акушерский анамнез отягощен перенесенным абортом, осложненным эндометритом. О предлежании плаценты можно думать, исходя из анамнеза заболевания: повторяющиеся кровянистые выделения из половых путей; анамнеза жизни: перенесла эндометрит после медицинского аборта, а также данных объективного исследования: бледные кожные покровы, понижение АД, высокое расположение предлежащей головки, кровянистые выделения из половых путей.

Госпитализация в отделение патологии беременных. Для подтверждения диагноза показано УЗИ+Допплер. Показан постельный режим, полное клинико-лабораторное обследование, гемостатические средства – дицинон, сохраняющая терапия – внутривенная инфузия генипрала, динамическая оценка состояния плода - КТГ.

Задача 21

Повторнобеременная В., 21 год, поступила в родильное отделение с регулярными схватками, начавшимися 6 часов назад. Беременность доношенная. Соматически здорова. Менструальный цикл не нарушен. Настоящая беременность II. Первая беременность 2 года назад закончилась срочными родами, ребенок здоров. Со слов пациентки, осложнением родов была слабость родовой деятельности.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, ЧСС 76 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт.ст. на обеих руках. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ – 108 см, ВДМ – 38 см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Схватки через 6-7 минут, по 15-20 секунд, слабые, умеренно болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, не напряжен во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Диагноз с обоснованием? Акушерская тактика?

Диагноз: Роды II, срочные. Первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности.

Схватки слабые, редкие и короткие, замедленная динамика раскрытия маточного зева, функционально неполноценный плодный пузырь. Предполагаемая масса плода 4100 г.

Показана ранняя амниотомии. Далее родостимуляция внутривенной инфузией окситоцина. Контроль за состоянием плода (КТГ в динамике), профилактика акушерских кровотечений с конца второго периода родов (группа риска по развитию послеродовых кровотечений). При неэффективности проводимой терапии и развитию острой гипоксии плода – экстренное кесарево сечение.

Задача 22

В родильное отделение поступила беременная С., 25 лет. Регулярные схватки начались 4 часа назад. Настоящая беременность вторая, доношенная. Первая беременность закончилась искусственным абортом при сроке 8-9 недель, в связи с кровотечением проводилось повторное выскабливание. Настоящая беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 165 см, вес 74 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД - 120/70 мм рт.ст. на обеих руках, ЧСС 76 ударов в минуту, ритмичный. Схватки через 5 минут - по 25-30 секунд средней силы, умеренно болезненные. ОЖ - 98 см, ВДМ - 35 см. Размеры таза 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см, края мягкие. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко

входу в малый таз, слева определяются надбровные дуги, справа рот и подбородок, лицевая линия в поперечном размере. Мыс не достижим.

Диагноз с обоснованием? Акушерская тактика?

Диагноз: Роды I, срочные. Первый период родов. Лицевое предлежание плода. Отягощенный акушерский анамнез.

Обоснование диагноза:

Данные влагалищного исследования характерны для лицевого предлежания плода. Предполагаемая масса плода 3300 г.

Роды следует вести через естественные родовые пути. В родах динамическое наблюдение за состоянием роженицы; после излития околоплодных вод проводится влагалищное исследование с целью уточнения акушерской ситуации. Динамическое наблюдение за состоянием плода (КТГ). Профилактика гипоксии плода и с конца второго периода родов профилактика акушерских кровотечений (введение окситоцина).

Задача 23

В родильный дом поступила повторнобеременная 32 лет, по направлению врача женской консультации с диагнозом: беременность 33 недель, преждевременное старение плаценты. ЗВРП II степени. Из анамнеза: наследственность не отягощена, из соматических заболеваний – гипертоническая болезнь I стадии. Менструальная функция не нарушена, курит, употребляет алкоголь. Рост 162 см, вес 60 кг. ВДМ-25 см, ОЖ- 78 см. Показатели крови и мочи без патологии. Шейка матки структурно не изменена. По данным УЗИ – преждевременное старение плаценты, симметричная форма ЗВРП II степени.

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Причины плацентарной недостаточности в данном случае.
4. Методы диагностики плацентарной недостаточности.
5. Акушерская тактика ведения беременной.

Эталон ответа:

1. Беременность 33 недель. Умеренная преэклампсия на фоне ГБ I стадии. Хроническая ПН. ЗВРП, симметричная форма II степени.
2. Умеренная преэклампсия: из анамнеза страдает ГБ I стадии; хроническая ПН. ЗВРП – по УЗИ – преждевременное старение плаценты.
3. Причиной хронической ПН является умеренная преэклампсия на фоне ГБ I стадии, вредные привычки.
4. УЗИ, доплерометрия, кардиотокография.
5. Продолжить терапию умеренной преэклампсии, усилить терапию хронической ПН: спазмолитиками или токолитиками, метаболическую терапию и введение препаратов, улучшающих маточно-плацентарный кровоток. Рекомендовать беременной устранить вредные привычки. Пролонгировать беременность до 35 недель с решением вопроса о досрочном родоразрешении.

Задача 24.

В родильный дом поступила беременная с доношенной беременностью. Б – V, роды предстоящие – III. В анамнезе двое срочных родов через естественные родовые пути, массой 3000 и 3250 г. В течение последнего месяца беспокоят выраженные отеки на голенях, пастозность кистей рук, лица; повышение АД до 160/110 мм.рт.ст. При УЗИ исследовании: беременность 38-39 недель. Хроническая ПН. ЗВУР I-II степени. По КТГ: хроническая гипоксия плода.

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.

3. Препараты, использующие для лечения хронической ПН.
4. Классификация ЗВРП
5. Акушерская тактика.

Эталон ответа 1. Беременность 38-39 недель. Тяжелая преэклампсия. Хроническая ПН: хроническая гипоксия плода, ЗВУР I-II степени.

2. Тяжелая преэклампсия – выраженные отеки на голенях, пастозность кистей рук, лица; повышение АД до 150/100 мм.рт.ст.; Хроническая ПН. ЗВУР I-II степени – по данным УЗИ; по КТГ: хроническая гипоксия плода.

3. Токолитики (Гинепрал), антиагреганты и антикоагулянты, белковые препараты.

4. ЗВРП 1 ст.–отставание в росте на 2 недели,ЗВРП 2 ст. – на 3-4 недели, ЗВРП 3 ст. – более 4-х недель.

5. Родоразрешить путём операции кесарева сечения.

Задача 25

Роженица 27 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и схватками, начавшимися 5 часов назад. Настоящая беременность четвертая, предыдущие 3 беременности завершились медицинскими абортми. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания в 16-20, 26-28 недель. С 22 недель имеются гемодинамические нарушения I А ст., по поводу чего неоднократно проводились курсы терапии. При осмотре: ВДМ 30 см., ОЖ 84 см. Рост 165 см., вес 68 кг. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4-5 см. При осмотре излились густые меконияльные воды в очень малом количестве. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере.

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Сроки профилактических мероприятий ПН с применением медикаментозных препаратов.
4. Длительность профилактического курса применения медикаментозных препаратов при ПН.
5. Акушерская тактика.

Эталон ответа:1. Срочные роды первые в 40 недель. Первый период родов. Хроническая ПН, декомпенсированная форма. ЗВРП второй степени. Маловодие. Хроническая гипоксия плода. ОАА.

2. 1 период родов – открытие маточного зева 4-5 см; хроническая ПН, декомпенсированная форма - беременность протекала с угрозой прерывания в 16-20, 26-28 недель. С 22 недель имеются гемодинамические нарушения I А ст., по поводу чего неоднократно проводились курсы терапии; маловодие – излитие о/вод в очень малом количестве; хроническая гипоксия плода – излились меконияльные о/воды; ОАА – в анамнезе медицинские аборты.

3. 14-16 недель и 28-34 недели.

4. От 3-х до 4-х недель.

5. Учитывая ЗВРП и хроническую гипоксию плода, родоразрешить операцией кесарева сечения.

Задача 26

Роженица 21 год. Роды в срок, I. Соматически здорова, регулярно наблюдается в ж/к. Поступила с регулярной родовой деятельностью в 10.00 часов утра. С 06.00 часов утра появились боли внизу живота, в пояснице, через 10-12 минут, которые усилились. При поступлении схватки ч/з 4-5 минуты по 35 секунд, регулярные. Состояние роженицы удовлетворительное АД 120/80мм.рт.ст. D=S, пульс – 88 уд/мин.Акушерский статус: таз 25-28-30-20, ВДМ-34 см., ОЖ-99 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение 140 в минуту.

PV: шейка сглажена, открытие м/зевы 3-4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, малый родничок спереди, ближе к лону, стреловидный шов в правом косом размере.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите, в какой позиции и виде находится плод, его масса?
3. Составьте дальнейший план ведения родов.
4. Используйте доступные методы наблюдения за состоянием плода.
5. Окажите пособие в родах (на фантоме), в соответствии с позицией определенной вами.

Эталон ответа :

1. Срочные роды I, I период родов, активная фаза.
2. Плод находится в I позиции, переднем виде затылочного предлежания, масса = $34 \times 99 = 3366$ г.
3. Роды вести консервативно, следить за динамикой родового процесса, продвижением плода по родовому каналу, состоянием плода.
4. Выслушивание сердечных тонов плода стетаскопом, каждые 30 минут, в первом периоде и после каждой потуги во втором. КТГ плода, каждые 3-6 час.
5. Акушерское пособие (см. эталон в главе IV, сдача практических навыков).

Задача 27

25.03.11 машиной скорой помощи, доставлена роженица с новорожденным ребенком. Роды домашние, 20 минут назад, плод отделен от матери, закричал сразу, послед не родился, кровотечения нет. Состояние роженицы: кожные покровы бледные, АД 130/80 мм.рт.ст. D=S, пульс – 88 уд/мин. Беременность первая, в ж/к не наблюдалась, последняя менструация с 29.06.10 по 03.07.10. Масса новорожденной девочки 2900 г.

1. Поставьте диагноз.
2. Провести обработку новорожденного и решить вопрос, в какое отделение госпитализировать родильницу.
3. Тактика по ведению III периода в данной ситуации.
4. Проверить признаки отделения последа.
5. Выделить послед при наличии признаков отделения плаценты по методу Абуладзе или Креде-Лазаревичу.

Эталон ответа:

1. Срочные роды в 38-39 недель, домашние, III период родов.
2. Обработать пуповину, кожные покровы, профилактика офтальмобленнореи, определить признаки зрелости плода, антропометрия плода.
3. Проверить признаки отделения последа: по Шредеру (Изменение формы и высоты стояния дна матки Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка). , Альфельду (Отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время перерезки), опускается на 10—12 см), Кюстнеру-Чукалову (Если надавить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище; при отделившейся плаценте пуповина не втягивается), оценить кровопотерю.
5. При наличии положительных признаков отделения. Выделить послед (на фантоме) по методу Абуладзе (брюшная стенка захватывается по средней линии в складку обеими руками и приподнимается, после чего роженица должна потужиться) или Креде-Лазаревича (После наружного массажа матки и выведения ее к средней линии дно матки захватывают рукой так, чтобы большой палец располагался на передней поверхности матки, а четыре других — на задней. Сжимая пальцы и надавливая на дно в направлении к крестцу, выделяют послед).

Задача 28

Роженица повторнородящая поступила в родильный дом, с доношенной беременностью и, с начала родовой деятельности наблюдались регулярные схватки через 3-5 минут, продолжительностью 35-40 секунд, постепенно схватки ослабли, стали реже через 5-7 минут, и короче по 20-25 секунд. Размеры таза: 25-28-30-20.

Общее состояние роженицы удовлетворительное, жалоб нет, сердечные тоны плода ясные, ритмичные 148 в минуту. ПМП - 4200 г Симптом Вастена отрицательный.

PV: шейка метки сглажена, края тонкие, раскрытие м/зева 8 см. Плодного пузыря нет, головка во входе в малый таз. Таз емкий.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите измерение размеров таза нафантоме.
3. Проведите проверку симптома Вастена.
4. Определите тактику дальнейшего ведения родов.
5. Распишите методику стимуляции родовой деятельности окситоцином. Выпишите спазмолитики и окситоцин.

Эталон ответа:

1. Срочные роды II, I период родов, крупный плод, вторичная слабость родовой деятельности.
2. Измерение таза: спинарум – передне верхний ости подвздошных костей 25-26, кристарум-отдаленные точки гребней 28-29, трохонтерика – вертелы 31-32.
3. Симптом Вастена отрицательный (головка ниже симфиза)
4. На данном этапе при нормальных размерах таза и отрицательном симптоме Вастена приступить к стимуляции родовой деятельности окситоцином на фоне спазмолитиков начиная с 5-8 капель в мин. Под биомониторным контролем за состоянием плода.
5. Sol. Oxitocini 5 ЕД + Sol. Natrii chloridi 0,9% - 500.0 ml. в/в капельно с 6-8 капель в минуту. Sol. Spasmalini 5 ml в/м. Дроптаверин, Гинепрал

Задача 29

Повторнородящая, 32 года, роды II. Первые роды в срок 4 года назад плодом массой 3400 г без осложнений. В родах 10 часов. Схватки через 1-2 минуты по 50 секунд, матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. 15 минут назад появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм.рт.ст. Размеры большого таза 25-27-31-18,5 см. ОЖ-104см., ВДМ-38 см. Сердцебиение плода глухое, 150-160 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия.

PV: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза, дифференциальный диагноз.
3. Оцените данные размеры таза, повторно их измерив. Определите величину CV, симптом Вастена.
4. Рассчитать массу плода.
5. О каком осложнении свидетельствует появление кровянистых выделений. Дальнейшая тактика.

Эталон ответа:

1. Срочные роды II, II период родов, клинически узкий таз, угрожающий разрыв матки.
2. Клиника: частые сильные схватки, болезненность нижнего сегмента, наличие анатомически суженного таза I степени, крупный плод. Полное открытие, головка прижата ко входу в малый таз, большая родовая опухоль на головке.
3. CV= Cext. - 9см, симптом Вастена (+).
4. Масса плода = ОЖ*ВДМ.

5. Начавшийся разрыв матки. Развертывание операционной, срочное лапаротомия, ревизия матки и органов малого таза, определение дальнейшего объема операции.

Задача 30

Беременная 23 лет, доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после приступа судорог, который произошел дома. Беременность первая, по данным женской консультации 37-38 недель. Состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног. АД 165/110 мм.рт.ст., пульс 98 уд/мин. Родовой деятельности нет. Матка в нормальном тонусе. Сердечные тоны плода 155 уд/мин, справа ниже пупка.

1. Диагноз. Какие специалисты должны участвовать в оказании помощи данной беременной.
2. Обоснование диагноза на момент поступления.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения Вашего диагноза.
4. Оптимальная тактика ведения беременной.
5. Перечислите последовательно комплекс неотложных мероприятий по оказанию лечебной помощи беременной при поступлении.

Эталон ответа:

1. Беременность 37-38 недель. Тяжелая преэклампсия. Эклампсия. Специалисты: анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог.
2. Беременность, отеки ног, АД 165/110 мм.рт.ст., тяжелое состояние после приступа судорог.
3. Со стороны матери: ОАМ (белок), ОАК (Ht, Hb, Эр, Tr), б/х анализ крови (общий белок и его фракции, билирубин, креатинин, АЛТ, АСТ), коагулограмма. Со стороны плода: КТГ плода.
4. Кесарево сечение, госпитализация в реанимационное отделение.
5. Поверхностный наркоз. Нейролептаналгезия (дроперидол 2-6 мл, седуксен 2-4 мл, промедол 2 мл). Контроль АД и диуреза. Раствор сернокислой магнезии 25%-20,0 мл в/в капельно на 0,9% NaCl -250,0 мл из расчета 2-4 г. сухого вещества за час через инфузомат. Спазмолитики и гипотензивные с учетом цифр АД, инфузионная терапия под контролем почасового диуреза. Терапия под контролем реаниматолога. Ведение карты интенсивного наблюдения.

Задача №31

Беременная 29 лет, срок беременности 30-31 неделя. Находится на лечении в отделении патологии беременности по поводу умеренной преэклампсии в течение 10 дней. Утром на обходе отмечено повышение АД до 165 /105 мм.рт.ст, появились жалобы на головную боль и затруднённое носовое дыхание, уменьшился диурез, белок в моче 1050 г/л. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей плода на 2 недели, маловодие.

1. Какие изменения в состоянии беременной обнаружены при утреннем обходе?
2. Сформулируйте диагноз на данном этапе ведения беременной.
3. В чем заключалась неправомерность оценки степени тяжести гестоза впервые 10 дней ведения.
4. Что явилось причиной ЗВУР плода?
5. Тактика лечения и дальнейшего ведения беременной.

Эталон ответа:

1. Отрицательная динамика течения гестоза, переход умеренной степени преэклампсии в тяжелую.
2. Беременность 30-31 неделя. Тяжелая преэклампсия. (повышение АД, уменьшение диуреза, нарастание белка в моче, головная боль)

3. Не учтены симптомы со стороны плода, ЗВУР, маловодие, отсутствие должного наблюдения в течение 10 дней и дополнительного обследования.
4. ПН первичная и вторичная не исключается ВУИ?
5. Усилить лечение в плане подготовки к досрочному родоразрешению, профилактика РДС новорожденного. Прогноз для плода при проведении должного лечения матери, своевременного досрочного родоразрешения и организации новорожденному реанимационной помощи, относительно благоприятный.

Задача 32

Повторнородящая доставлена в родильный дом по поводу доношенной беременности и начавшейся родовой деятельности 4 часа назад с излившимися о/водами. При обследовании схватки сильные, болезненные через 3-4 минуты по 50-60 секунд, поведение роженицы беспокойное. Сердцебиение плода аритмичное 110 ударов в минуту. КТГ – патологический тип.

Р.В. Шейка матки сглажена, края толстые, мало податливые, раскрытие 2 см. Плодного пузыря нет, головка плода, прижата ко входу в малый таз.

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза:
 - а/ родового излития о/вод
 - б/ дискоординации родовой деятельности
 - в/ гипоксии плода
3. Клинические данные за острую гипоксию плода.
4. Объясните данные патологического типа КТГ.
5. Тактика дальнейшего ведения роженицы.

Эталон ответа:

1. Срочные роды II. I период родов. Дородовое излитие околоплодных вод. Дискоординированная родовая деятельность. Острая гипоксия плода.
2. а/ отсутствие плодного пузыря
б/ схватки сильные, болезненные через 3-4 минуты по 50-60 секунд, что не соответствует раскрытию 2 см (латентной фазе), края шейки толстые, малоподатливые.
в/ аритмичные тоны, 110 уд/мин.
3. Острая гипоксия - патологический тип КТГ
4. Оцените данные записи КТГ Патологический Менее 100 или больше 180 Синусоидальный ритм в течение 10 мин и более
Вариабельность: Менее 5 в течение 90 мин
Атипические вариабельные децелерации в 50% сокращений матки более чем за 30 мин или поздние децелерации более чем за 30 мин
5. Кесарево сечение в экстренном порядке. Консервативное ведение родов может закончиться интранатальной гибелью плода.

Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм выполнения влагалищного обследования.
2. Алгоритм выполнения приемов Леопольда-Левицкого.
3. Алгоритм выполнения измерения таза и определения истинной конъюгаты.
4. Алгоритм выполнения осмотра в зеркалах шейки матки.
5. Алгоритм оказания пособий по Цовьянов1 и 2.
6. Алгоритм оказания акушерского пособия в родах.
7. Алгоритм взятия мазка на степень чистоты влагалища.
8. Алгоритм наложения акушерских щипцов
9. Алгоритм проведения вакуумэкстракции плода.
10. Алгоритм выслушивания сердцебиения плода.
11. Алгоритм проведения кардиотокографии.
12. Алгоритм проведения бимануального исследования.
13. Алгоритм введения влагалищного pessaria.
14. Алгоритм взятия мазков на онкоцитологию
15. Алгоритм подсчета схваток и их оценка.
16. Алгоритм проведения физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам.
17. Проведение вакуумэкстракции плода
18. Наложение акушерских щипцов.
19. Алгоритм осмотра родовых путей в послеродовом периоде.
20. Алгоритм проведения кардиотокографии плода при двойне.
21. Измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, определение предполагаемого массы тела плода.
22. Алгоритм ведения третьего периода родов.
23. Алгоритм проведения операции кесарево сечение.
24. Алгоритм обследования в ведения беременных после ЭКО.
25. Алгоритм проведения ручного обследования полости матки.
26. Алгоритм проведения наружного профилактического поворота по Архангельскому.
27. Алгоритм оказания первой неотложной помощи при эклампсии.
28. Алгоритм проведения гистероскопии.
29. Алгоритм забора мазков на степень чистоты влагалища и чувствительность к антибиотикам.
30. Проведение кольпоскопии.
31. Алгоритм взятия биопсии с шейки матки.
32. Пункция брюшной полости через задний свод.
33. Алгоритм проведения выскабливания полости матки.
34. Алгоритм забора мазка методом ПЦР.
35. Алгоритм проведения диатермокоагуляции и конизации шейки матки.
36. Алгоритм проведения гистеросальпингографии.
37. Алгоритм проведения операций лапароскопическим доступом.
38. Алгоритм проведения ампутации и экстерпации матки.
39. Алгоритм пункции яичника и взятие яйцеклетки для проведения ЭКО.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Название рефератов/докладов

1. Беременность и роды при различных видах экстрагенитальной патологии (сахарный диабет, гепатит, хронический пиелонефрит, заболевания щитовидной железы, панкреатит).
2. Бесплодие как социальная и медицинская проблема, формы, диагностика, лечение.
3. Хирургическая коррекция ИЦН.
4. Беременность и эпилепсия.

5. Токолитическая терапия в акушерстве.
6. Особенности ведения беременности, родов и послеродового периодов при ВИЧ инфекции.
7. Перевязка внутренних подвздошных артерий.
8. Перитонит и сепсис после кесарева сечения
9. Злокачественные опухоли маточных труб.
10. Нейроэндокринные синдромы.
11. Опухоли и опухолевидные образования яичников.
12. Планирование беременности. Методы контрацепции.
13. Синдром тестикулярной феминизации
14. Гиперпластические процессы в эндометрии. ДМК.
15. Невынашивание беременности.
16. Воспалительные заболевания малого таза у детей.
17. Хроническая маточно-плацентарная недостаточность. Тактика ведения беременности на разных сроках.
18. Преэклампсия. Течение и ведение беременности и родов.
19. Синдром поликистозных яичников. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Неотложные состояния в акушерстве. Предлежания плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

5. Критерии оценки, шкалы оценивания

5.1. Критерии и шкалы оценивания результатов прохождения практики:

- 1) выполнения заданий промежуточной аттестации:
 - тестовое задание;
 - ситуационная задача;
 - контрольные вопросы;
- 2) оценки практических навыков;
- 3) заполненного дневника практики;
- 4) отчета о практике обучающегося;
- 5) характеристик руководителя практики от организации и руководителя практики от кафедры.

Для оценивания результатов практики 2-го полугодия 1-го года обучения используется двух балльная система: зачтено/не зачтено

«зачтено» - выставляется при наличии дневника, отчета о прохождении модулей практики, предусмотренных учебным планом; положительных характеристик руководителей практик
«не зачтено» - выставляется при отсутствии дневника, отчета о прохождении модулей практики, предусмотренных учебным планом; отрицательных характеристик руководителей практик.

2 год обучения (3-е и 4-ое полугодие) – зачет с оценкой

Для оценивания результатов практики 2-го года обучения используется стандартная четырех балльная система (с расчетом итоговой оценки как среднего арифметического по всем критериям):

Критерии оценивания	№ сем.	Шкала оценивания			
		«отлично»	«хорошо»	«удовлетворительно»	«не удовлетворительно»
Дневник о прохождении практики	2-4	заполнен	Заполнен с небольшими недочетами	Заполнен небрежно, не полностью	Не заполнен
Характеристики	2-4	Положительные	С незначительными замечаниями	С существенными замечаниями	Отрицательные или отсутствуют
Тестовое задание (в зависимости от этапа прохождения практики - полугодия) – доля правильных ответов)	2	$\geq 70\%$	60-69%	50-59%	$< 50\%$
	3	$\geq 80\%$	70-79%	60-69%	$< 60\%$
	4	$\geq 90\%$	80-89%	70-79%	$< 70\%$
Ситуационная задача	2-4	Решение самостоятельно, аргументированное	Решение самостоятельное, с небольшими неточностями и замечаниями	Решение при наводящих вопросах	Решить задачу не способен
Практические навыки	2-4	Выполняет без замечаний	Выполняет с небольшими замечаниями	Выполняет с ошибками	Не выполняет
Контрольные вопросы	2-4	Отвечает самостоятельно, аргументировано, полно	Отвечает самостоятельно, с небольшими неточностями и замечаниями	Отвечает при наводящих вопросах	Ответить на вопросы не способен