федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Клинический институт детского здоровья имени Н.Ф. Филатова
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины КИДЗ

Методические материалы по дисциплине:

Акушерство и гинекология

основная профессиональная образовательная программа высшего профессионального образования - программа специалитета
31.05.02 Педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1) ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД
A. действие неблагоприятных факторов вызывает появление эмбриопатий
B. действие неблагоприятных факторов вызывает появление фетопатий
C. действие неблагоприятных факторов вызывает появление бластопатий
D. действие неблагоприятных факторов вызывает появление генопатий

2) ФЕТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД
A. действие неблагоприятных факторов вызывает появление эмбриопатий
B. действие неблагоприятных факторов вызывает появление фетопатий
C. действие неблагоприятных факторов вызывает появление бластопатий
D. действие неблагоприятных факторов вызывает появление генопатий

3) В НОРМЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ ПРОИСХОДИТ
A. в матке
B. в ампуллярном отделе маточной трубы
C. в истмическом отделе
D. в брюшной полости

4) В НОРМЕ ЯЙЦЕКЛЕТКА ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ПОПАДАЕТ В ПОЛОСТЬ МАТКИ
A. на 7-8 сутки
B. через 3 недели
C. через 1-2 дня
D. через 2-3 часа

5) ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В СРЕДНЕМ ПРОДОЛЖАЕТСЯ
A. 24О дней
B. 28О дней
C. 32О дней
D. 22О дней
E. 3ОО дней

6) ПРИЗНАК ПИСКАЧЕКА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
A. предположительных признаков беременности
B. сомнительных признаков беременности
C. вероятных признаков беременности
D. достоверных признаков беременности

7) БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ
A. вероятных признаков беременности
B. предположительных признаков беременности
C. сомнительных признаков беременности
D. достоверных признаков беременности

8) ПОЯВЛЕНИЕ МОЛОЗИВА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
A. вероятных признаков беременности
B. предположительных признаков беременности
C. сомнительных признаков беременности
D. достоверных признаков беременности

9) НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В РОДАХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Несвоевременное отхождение вод
B. Слабость родовой деятельности
C. Выпадение пуповины
D. Выпадение ножки

10) ПРИЗНАК ГОРВИЦА-ГЕГАРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
A. предположительных признаков беременности
B. сомнительных признаков беременности
C. вероятных признаков беременности
D. достоверных признаков беременности

11) ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ДАТЫ РОДОВ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ К ДАТЕ ПЕРВОГО ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА НЕОБХОДИМО ПРИБАВИТЬ
A. 16 недель
B. 18 недель
C. 2О недель
D. 22 недели
E. 25 недель

12) СРОК РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЧИСЛЕН ПРИБАВЛЕНИЕМ К ДАТЕ ПЕРВОГО ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА
A. 25 недель
B. 22 недель
C. 18 недель
D. 2О недель
E. 16 недель

13) ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО
A. ренгенологическое исследование
B. иммунологическое исследование
C. метод УЗИ
D. ФКГ и исследование плода
E. влагалищное исследование

14) ОТНОШЕНИЕ НАИБОЛЕЕ НИЗКО РАСПОЛОЖЕННОЙ КРУПНОЙ ЧАСТИ ПЛОДА КО ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ
A. членорасположение
B. положение

C. вид
D. предлежание
E. позиция

15) ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ ЭТО
A. период от начала потуг до рождения плода
B. период от полного открытия маточного зева до рождения плода
C. период от полного открытия маточного зева до прорезывания головки плода
D. период от полного открытия маточного зева до появления признаков отделения плаценты
E. период от начала потуг до рождения последа

16) ПРЕДЛЕЖИТ ГОЛОВКА ПЛОДА, СПИНКА ОБРАЩЕНА КЗАДИ – ЭТО
A. Головное предлежание, передний вид
B. первая позиция, задний вид
C. головноепредлежание, задний вид
D. Головное предлежание, 1-я позиция, задний вид
E. головное предлежание, 2-я позиция

17) ЗАТЫЛОЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 2-Я ПОЗИЦИЯ
A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева
B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа
C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди
D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади
E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди

18) РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ПЕРЕДНЕ-ВЕРХНИМИ ОСТЯМИ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ
A. 24–25 см
B. 27–32 см
C. 30–32 см
D. 25–26 см
E. 23–24 см

19) САГИТТАЛЬНЫЙ ШОВ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ, СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА КПЕРЕДИ
A. первая позиция, передний вид
B. головное предлежание, передний вид
C. вторая позиция, передний вид
D. головное предлежание, задний вид
E. вторая позиция, задний вид

20) ПРЕДЛЕЖАТ ЯГОДИЦЫ, СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВПРАВО – ЭТО
A. тазовое предлежание, 2-я позиция
B. тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид
C. тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид
D. тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид

E. тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид

21) МАЛЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА
A. 9,5 см
B. 10,5 см
C. 11 см
D. 12 см
E. 13,5 см

22) УСЛОВИЯ ДЕЙСТВИЯ ЭСТРОГЕНОВ
A. достаточный уровень фолиевой кислоты
B. достаточный уровень аскорбиновой кислоты
C. и то, и другое
D. ни то, ни другое

23) ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
A. по расположению плода в правой или левой половине матки
B. по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
C. по расположению плода в верхней или нижней половине матки
D. по отношению головки и конечностей к туловищу плода
E. по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки

24) ПОНЯТИЕ «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ» ОЗНАЧАЕТ
A. Мертворождаемость
B. Антенатальная гибель плода
C. Гибель плода и новорожденного в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде
D. Гибель новорожденного в раннем неонатальном периоде
E. Гибель плода в родах

25) ПОЗИЦИЯ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
A. по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
B. по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
C. по расположению плода в левой или правой половине матки
D. по отношению спинки плода к правой или левой стенке матки
E. по отношению плода к верхней или нижней половине матки

26) ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИВАЕТСЯ
A. По частоте и продолжительности схваток
B. По длительности родов
C. По темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
D. По состоянию плода
E. По времени излития околоплодных вод

27) ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РОДАХ ПРОИЗВОДИТСЯ
A. При поступлении роженицы в стационар
B. Перед назначением родостимуляции

C. При появлении кровянистых выделений
D. При излитии вод
E. При всех выше перечисленных ситуациях

28) ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО
A. Расположение ее по проводной оси таза
B. Размягчение на всем протяжении.
C. Проходимость цервикального канала для 1-1,5 пальцев
D. Укорочение шейки матки до 1-1,5 см
E. Все выше перечисленное

29) ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК
A. отношение спинки плода к передней и задней стенке матки
B. отношение продольной оси плода к продольной оси матки
C. отношение крупной части плода к плоскости входа в малый таз
D. отношение спинки плода к правой и левой стенке матки
E. взаимоотношение между головкой, конечностями и туловищем плода

30) ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА РАВНА
A. 12-13 см
B. 31-32 см
C. 28-28 см
D. 25-26 см

31) ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА
A. 11 см
B. 13 см
C. 9 см
D. 20 см

32) В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ В НОРМЕ ШЕЙКА МАТКИ
A. Укорочена
B. Сглажена частично
C. Сглажена полностью
D. Сохранена

33) ПЛАЦЕНТА ПРОНИЦАЕМА ДЛЯ
A. Алкоголя
B. Морфина, барбитуратов
C. Пенициллина, стрептомицина
D. Тиоурацила, эфира
E. Всего выше перечисленного

34) УКАЖИТЕ ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА
A. косое и поперечное
B. головное и тазовое
C. переднее и заднее

D. продольное, поперечное, косое
E. сгибательное и разгибательное

35) УГЛАМИ РОМБА МИХАЭЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ
A. остистый отросток 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
B. надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние верхние ости подвздошных костей
C. надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
D. остистый отросток 4-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
E. остистый отросток 1-го крестцового позвонка, верхушка крестца, задние верхние ости подвздошных костей

36) НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА 2-Й ИЛИ 3-Й ДЕНЬ
A. Несовместимость групп крови
B. Физиологическая желтуха
C. Септицемия
D. Сифилис
E. Лекарственные препараты

37) ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ
A. Единовременно с 28 недель продолжительностью 140 календарных дней
B. Единовременно с 30 недель продолжительностью 140 календарных дней
C. Единовременно с 28 недель продолжительностью 180 календарных дней
D. Единовременно с 28 недель продолжительностью 156 календарных дней
E. Единовременно с 30 недель продолжительностью 156 календарных дней

38) НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВО 2-ОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ
A. Определение позиции, положения, размеров плода
B. Анатомической оценки таза
C. Определение срока беременности
D. Функциональной оценки таза
E. Оценки частоты и ритма сердцебиения плода

39) ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА 2-ГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Опускание предлежащей части в малый таз
B. Потуги
C. Внутренний поворот головки
D. Полное раскрытие шейки матки
E. Рождение плода

40) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ В МОМЕНТ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ГОЛОВКИ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ

A. Окситоцин
B. Метилэргометрин
C. Прегнантол
D. Маммафизин
E. Хинин

41) РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДПОЛАГАЕТ
A. Изменение базальной температуры
B. Определение уровня ХГ в моче
C. УЗ – исследование
D. Динамическое наблюдение
E. Все выше перечисленное

42) ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Отсутствие менструации
B. Увеличение размеров матки
C. Диспепсические нарушения
D. Наличие плода в матке (при УЗИ)
E. Увеличение живота

43) К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ ОТНОСИТСЯ
A. Шевеление плода
B. Увеличение матки
C. Цианоз влагалища
D. Пальпация частей плода
E. Повышение ректальной температуры

44) ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО
A. Расположение ее по проводной оси таза
B. Размягчение на всем протяжении
C. Проходимость цевикального канала для 1-1,5 пальцев
D. Укорочение шейки матки до 1-1,5 см
E. Все выше перечисленное

45) ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРОИЗВОДИТСЯ
A. в положении лежа на боку
B. в положении стоя
C. на уровне дна матки
D. на уровне пупка
E. для определения зрелости плода

46) У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОЯСНИЧНЫЙ РОМБ ИМЕЕТ ФОРМУ
A. Геометрически правильного ромба
B. Треугольника

C. Неправильного четырехугольника
D. Четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении

47) ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ ЛЕОПОЛЬДА ОПРЕДЕЛЯЮТ
A. размеры живота
B. характер части плода, находящейся в дней матки
C. позицию плода
D. вид позиции плода
E. отношение предлежащей части ко входу в малый таз

48) ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ВО 2 ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ИЗМЕРЯЕТСЯ
A. на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
B. на уровне пупка
C. на 3 поперечных пальца ниже пупка
D. на 2 поперечных пальца выше пупка**.**

49) ИНДЕКС Ф.А.СОЛОВЬЕВА
A. измеряется для определения формы таза
B. измеряется для определения толщины костей
C. измеряется для определения размеров таза
D. измеряется для определения наружной конъюгаты
E. измеряется для определения диагональной конъюгаты

50) ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Поперечное положение плода
B. Дородовое излитие околоплодных вод
C. Низкое поперечное стояние стреловидного шва
D. Воспалительные заболевания органов малого таза

51) ПЕРИНАТАЛЬНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРИОД
A. С момента оплодотворения до 7 полных дней жизни новорожденного
B. С половины беременности (20 недель) до 5 полных дней жизни новорожденного
C. С 22-й полной недели беременности до 7 полных дней жизни новорожденного
D. С 28-й полной недели беременности до 7 полных дней жизни новорожденного
E. С 32-й полной недели беременности до 10 дней жизни новорожденного

52) ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Отсутствие менструации
B. Увеличение размеров матки
C. Диспептические нарушения
D. Наличие плода в матке
E. Увеличение живота

53) НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ DISTANCIA SPINARUM РАВНЯЮТСЯ
A. 25-26 см
B. 3О-31 см
C. 17-18 см
D. 28-29см
E. 18-19 см

54) В УВЕЛИЧЕНИИ РАЗМЕРОВ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ
A. Гипертрофия существующих гладкомышечных клеток
B. Гипертрофия поперечно-полосатой мускулатуры
C. Гипертрофия соединительной ткани
D. Гипертрофия клеток эндометрия

55) ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИВАЕТСЯ
A. По частоте и продолжительности схваток
B. По длительности родов
C. По темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
D. По состоянию плода
E. По времени излития околоплодных вод

56) ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РОДАХ ПРОИЗВОДИТСЯ
A. При поступлении роженицы в стационар
B. Перед назначением родостимуляции
C. При появлении кровянистых выделений
D. При излитии вод
E. При всех выше перечисленных ситуациях

57) ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО
A. Расположение ее по проводной оси таза
B. Размягчение на всем протяжении
C. Проходимость цервикального канала для 1-1,5 пальцев
D. Укорочение шейки матки до 1-1,5 см
E. Все перечисленное

58) ОСНОВНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭСТРОГЕНОВ НА МИОМЕТРИЙ
A. Увеличивают чувствительность матки к окситоцину
B. Вызывают расслабление матки
C. Снижают чувствительность матки к окситоцину
D. Вызывают маточные сокращения

59) ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА РАВНА
A. 12-13 см
B. 31-32 см
C. 28-28 см
D. 25-26 см

60) ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА
A. 11 см
B. 13 см
C. 9 см
D. 20 см

61) ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ВЫСЛУШИВАЮТ
A. Через каждые 5 минут
B. Через каждые 10 минут
C. Через каждые 15 минут
D. После каждой потуги
E. В зависимости от продолжительности второго периода родов

62) В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ В НОРМЕ ШЕЙКА МАТКИ
A. Укорочена
B. Сглажена частично
C. Сглажена полностью
D. Сохранена

63) ПЛАЦЕНТА ПРОНИЦАЕМА ДЛЯ
A. Алкоголя
B. Морфина, барбитуратов
C. Пенициллина, стрептомицина
D. Тиоурацила, эфира
E. Всего перечисленного

64) ОСНОВНОЕ ВЛИЯНИЕ ОКСИТОЦИНА НА МИОМЕТРИЙ
A. Увеличивает чувствительность матки к хорионическому гонадотропину
B. Вызывает расслабление матки
C. Снижают чувствительность матки к хорионическому гонадотропину
D. Вызывает маточные сокращения

65) НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА 2-Й ИЛИ 3-Й ДЕНЬ
A. Несовместимость групп крови
B. Физиологическая желтуха
C. Септицемия
D. Сифилис
E. Лекарственные препараты

66) ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ
A. Единовременно с 28 недель продолжительностью 140 календарных дней
B. Единовременно с 30 недель продолжительностью 140 календарных дней
C. Единовременно с 28 недель продолжительностью 180 календарных дней
D. Единовременно с 28 недель продолжительностью 156 календарных дней

E. Единовременно с 30 недель продолжительностью 156 календарных дней

67) НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВО 2-ОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ
A. Определение позиции, положения, размеров плода
B. Анатомической оценки таза
C. Определение срока беременности
D. Функциональной оценки таза
E. Оценки частоты и ритма сердцебиения плода

68) ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА 2-ГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Опускание предлежащей части в малый таз
B. Потуги
C. Внутренний поворот головки
D. Полное раскрытие шейки матки
E. Рождение плода

69) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ В МОМЕНТ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ГОЛОВКИ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ
A. Окситоцин
B. Метилэргометрин
C. Прегнантол
D. Маммафизин
E. Хинин

70) РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДПОЛАГАЕТ
A. Изменение базальной температуры
B. Определение уровня ХГ в моче
C. УЗ – исследование
D. Динамическое наблюдение
E. Все перечисленное

71) ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Отсутствие менструации
B. Увеличение размеров матки
C. Диспепсические нарушения
D. Наличие плода в матке (при УЗИ)
E. Увеличение живота

72) К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ ОТНОСИТСЯ
A. Шевеление плода
B. Увеличение матки
C. Цианоз влагалища
D. Пальпация частей плода
E. Повышение ректальной температуры

73) ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО
A. Расположение ее по проводной оси таза
B. Размягчение на всем протяжении
C. Проходимость цевикального канала для 1-1,5 пальцев
D. Укорочение шейки матки до 1-1,5 см
E. Все перечисленное

74) У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОЯСНИЧНЫЙ РОМБ ИМЕЕТ ФОРМУ
A. Геометрически правильного ромба
B. Треугольника
C. Неправильного четырехугольника
D. Четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении

75) КРОВОСНАБЖЕНИЕ МИОМЕТРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ
A. Маточных артерий
B. Маточно-половых артерий
C. Внутренних маточных артерий
D. Внутренних половых артерий

76) ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ, КОГДА ГОЛОВКА
A. Разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
B. Согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
C. Согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах
D. Согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в коленных и тазобедренных суставах

77) ВО 2-ОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ КОНТРОЛИРУЕТСЯ
A. После каждой потуги
B. Через каждые 15 минут
C. Через каждые 10 минут
D. Через каждые 5 минут

78) ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ
A. Нижнем краем симфиза и мысом
B. Седалищными буграми
C. Гребнями подвздошных костей
D. Большими вертелами подвздошных костей

79) ПОНЯТИЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ВКЛЮЧАЕТ
A. малый таз
B. матку, влагалище, мышцы тазового дна
C. матку, мышцы тазового дна, пристеночные мышцы таза
D. костный таз, матку, влагалище, мышцы тазового дна

E. тело матки, нижний сегмент матки, влагалище

80) ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ
A. Единовременно с 28 недель продолжительностью 140 календарных дней
B. Единовременно с 30 недель продолжительностью 180 календарных дней
C. Единовременно с 28 недель продолжительностью 180 календарных дней
D. Единовременно с 28 недель продолжительностью 156 календарных дней
E. Единовременно с 30 недель продолжительностью 156 календарных дней

81) МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ – ЭТО
A. Смертность детей на первой неделе жизни
B. Смертность детей на первом месяце жизни
C. Смертность детей в возрасте до 2 лет
D. Смертность детей на первом году жизни

82) ОТНОШЕНИЕ НАИБОЛЕЕ НИЗКО РАСПОЛОЖЕННОЙ КРУПНОЙ ЧАСТИ ПЛОДА КО ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ
A. членорасположение
B. положение
C. вид
D. предлежание
E. позиция

83) ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ ЭТО
A. период от начала потуг до рождения плода
B. период от полного открытия маточного зева до рождения плода
C. период от полного открытия маточного зева до прорезывания головки плода
D. период от полного открытия маточного зева до появления признаков отделения плаценты
E. период от начала потуг до рождения последа

84) ПРЕДЛЕЖИТ ГОЛОВКА ПЛОДА, СПИНКА ОБРАЩЕНА КЗАДИ – ЭТО
A. Головное предлежание, передний вид
B. первая позиция, задний вид
C. Головное предлежание, задний вид
D. Головное предлежание, 1-я позиция, задний вид
E. головное предлежание, 2-я позиция

85) ЗАТЫЛОЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ, 2-Я ПОЗИЦИЯ
A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева
B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа
C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди
D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади
E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди

86) РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ПЕРЕДНЕ-ВЕРХНИМИ ОСТЯМИ ПОДВЗДОШНЫХ КОСТЕЙ

A. 24–25 см
B. 27–32 см
C. 30–32 см
D. 25–26 см
E. 23–24 см

87) САГИТТАЛЬНЫЙ ШОВ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ, СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА КПЕРЕДИ
A. первая позиция, передний вид
B. головное предлежание, передний вид
C. вторая позиция, передний вид
D. Головное предлежание, задний вид
E. вторая позиция, задний вид

88) ПРЕДЛЕЖАТ ЯГОДИЦЫ, СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВПРАВО – ЭТО
A. Тазовое предлежание, 2-я позиция
B. тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид
C. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид
D. Тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид
E. тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид

89) МАЛЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА
A. 9,5 см
B. 10,5 см
C. 11 см
D. 12 см
E. 13,5 см

90) ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК РОДОВ, ЕСЛИ 1-ЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ – 10 ЯНВАРЯ
A. 6 сентября
B. 17 октября
C. 11 ноября
D. 21 декабря
E. 3 октября

91) К ВЕРОЯТНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ
A. Изменение настроения
B. Изменение обоняния
C. Выслушивание сердцебиения плода
D. Признак Горвиц-Гегара

92) ЧЕРЕЗ СЕДАЛИЩНЫЕ БУГРЫ ПРОХОДИТ
A. прямой размер плоскости входа в малый таз
B. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
C. поперечный размер плоскости выхода из малого таза

D. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
E. прямой размер плоскости узкой части полости малого таза

93) МАЛЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА ПРОХОДИТ МЕЖДУ НАИБОЛЕЕ УДАЛЕННЫМИ ТОЧКАМИ
A. венечного шва
B. теменных бугров
C. лобных бугров
D. височных костей
E. лямбдовидного шва

94) ПОНЯТИЕ «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ» ОЗНАЧАЕТ
A. Мертворождаемость
B. Антенатальная гибель плода
C. Гибель плода и новорожденного в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде
D. Гибель новорожденного в раннем неонатальном периоде
E. Гибель плода в родах

95) ПРИЗНАКАМИ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
A. Бурные, болезненные схватки
B. Отсутствие расслабления матки между схватками
C. Наружное кровотечение
D. Наличие высоко стоящего контракционного кольца
E. Истонченный, растянутый нижний сегмент

96) ШИРИНА И ОКРУЖНОСТЬ БЕДЕР ДОНОШЕННОГО ПЛОДА СОСТАВЛЯЮТ
A. 13 см, 35 см
B. 12 см, 33 см
C. 11 см, 31 см
D. 9.5 см, 28 см
E. 8 см, 24 см

97) ВЕРТИКАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА ПРОХОДИТ
A. от середины большого родничка до подзатылочной ямки
B. от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
C. от надпереносья до затылочного бугра
D. от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
E. от подбородка до наиболее выступающей части затылка

98) ПРИ КАКОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВОДИТСЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
A. Тазовом
B. Заднем виде затылочного
C. Лобном
D. Лицевом

99) ПЛОСКОСТЬ ВЫХОДА ИЗ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ИМЕЕТ РАЗМЕРЫ
A. прямой - 11 см, поперечный - 13 см
B. прямой - 9.5-11 см, поперечный - 11 см
C. прямой - 9-11 см, поперечный - 1О.5 см
D. прямой - 1О-12 см, поперечный - 12 см
E. прямой - 9.5 см, поперечный - 1О см

100) НАИБОЛЬШЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА НАКЛОНЕНИЯ ТАЗА ДОСТИГАЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
A. лежа с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, подтянутыми к животу ногами
B. лежа с опущенными вниз ногами (Вальхеровское положение)
C. стоя
D. лежа с вытянутыми ногами
E. лежа с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, разведенными в стороны ногами

101) ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ, КОГДА ГОЛОВКА
A. Разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
B. Согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
C. Согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах
D. Согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в коленных и тазобедренных суставах

102) ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Поперечное положение плода
B. Дородовое излитие околоплодных вод
C. Низкое поперечное стояние стреловидного шва
D. Воспалительные заболевания органов малого таза

103) БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК ОБРАЗУЮТ ШВЫ
A. стреловидный, лямбдовидный
B. стреловидный, лобный
C. стреловидный, венечный
D. венечный, лямбдовидный
E. стреловидный, лобный, венечный

104) ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО: ПРЕДЛЕЖИТ ГОЛОВКА ПЛОДА, МАЛЫЙ РОДНИЧОК СЛЕВА СПЕРЕДИ, - СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЮ И ВИД ПЛОДА

A. положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид
B. положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид
C. положение плода поперечное, 1-я позиция, передний вид
D. положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид
E. положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид

105) ПЛОСКОСТЬ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ
A. верхний внутренний край симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс
B. середину внутренней поверхности симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс
C. верхний край симфиза, середины костных пластинок вертлужных впадин, крестцовый мыс
D. верхний край симфиза, безымянные линии, первый крестцовый позвонок
E. нижний край симфиза, подвздошные ямки, крестцовый мыс

106) ПЛОСКОСТЬ ШИРОКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ
A. середину внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
B. середину верхнего края лона, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 3-го и 4-го крестцовых позвонков
C. середину внутренней поверхности симфиза, ости седалищных костей, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
D. середину верхнего края лона, наиболее отдаленные точки безымянных линий, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков

107) ГОЛОВКА РОЖДАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ СРЕДНЕМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ
A. при переднем виде затылочного вставления
B. при переднеголовном вставлении
C. при заднем виде затылочного вставления
D. при лобном вставлении
E. при лицевом вставлении

108) РОДОВОЙ ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ
A. кровоизлияние в мягкие ткани головки
B. кровоизлияние под надкостницу кости черепа
C. изменение формы черепа в результате конфигурации головки
D. серозно-кровянистое пропитывание мягких тканей предлежащей части, обусловленное венозным застоем ниже пояса соприкосновения
E. кровоизлияние в подкожную клетчатку

109) НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В РОДАХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Несвоевременное отхождение вод
B. Слабость родовой деятельности

C. Выпадение пуповины
D. Выпадение ножки

110) ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ВСТАВЛЕНИЯ РОДЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
A. стремительным течением периода раскрытия
B. высокой частотой инфекционных осложнений
C. затяжным течением периода изгнания
D. запоздалым излитием околоплодных вод

111) НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ
A. завершается переходом плечиков в один из косых размеров плоскости выхода из малого таза
B. заканчивается переходом плода в противоположную позицию
C. сопровождается поворотом личика в сторону, противоположную первоначальной позиции плода
D. завершается переходом плечиков в поперечный размер плоскости выхода из малого таза

112) СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ СООТВЕТСТВЕННО
A. 12-14 час и 7-8 час
B. 8-1О час и 4-6 час
C. 15-18 час и 1О-12 час
D. 18-24 час и 14-16 час
E. 6-8 час и 4-5 час

113) ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ
A. 1.5 % массы роженицы
B. 1.О % массы роженицы
C. 3ОО мл
D. О.5 % массы роженицы
E. 15О мл

114) ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ
A. последовательное раскрытие внутреннего и наружного зева
B. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
C. последовательное укорочение и сглаживание ее
D. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание
E. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева

115) ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ
A. Внутривенное капельное введение окситоцина
B. Создание глюкозо-витаминного фона
C. Применение спазмолитических средств
D. Обезболивающих средств

E. Все перечисленное

116) ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ
A. одновременное развертывания внутреннего и наружного зева
B. последовательное укорочение и сглаживание ее
C. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева
D. независимость этого процесса от ретракции
E. раскрытие внутреннего, а затем наружного зева

117) РАННИМ НАЗЫВАЕТСЯ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
A. до начала родов
B. до начала второго периода родов
C. до раскрытия маточного зева на 5 см
D. до раскрытия маточного зева на 7 см
E. до начала потуг

118) ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД СЧИТАЕТСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ
A. до появления родовой деятельности
B. в первом периоде родов
C. при беременности сроком до 38 недель
D. до раскрытия маточного зева на 7 см
E. при раскрытии маточного зева от 5 см до полного

119) ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕНОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПОВЫШАЕТСЯ СТЕПЕНЬ РИСКА
A. родовой травмы матери
B. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
C. инфекционных осложнений
D. родовой травмы у плода
E. развития бурной родовой деятельности

120) ОКРАШИВАНИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД МЕКОНИЕМ ПРИ ГОЛОВНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
A. о пороках развития плода
B. о гемолитической болезни плода
C. о гипоксии плода
D. о хориоамнионите
E. о внутриутробной инфекции плода

121) ПРИЗНАКОМ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ОТ СТЕНКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. округлая форма матки
B. втягивание пуповины во влагалище при надавливании ребром ладони над лонным сочленением
C. удлинение наружного отрезка пуповины
D. передача дыхательных движений на пуповину

E. флюктуация пуповины при поколачивании по дну матки

122) ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И КРОВОТЕЧЕНИЯ К РУЧНОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЮ ПОСЛЕДА ПРИСТУПАЮТ ЧЕРЕЗ
A. 2 часа
B. 1.5 часа
C. 1 час
D. 3О минут
E. 15 минут

123) НАЧАЛОМ РОДОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ
A. излитие околоплодных вод
B. продвижение плода по родовым путям
C. появление схваток с периодичностью 15-2О минут
D. вставление головки
E. начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки

124) ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 28 ДНЕЙ, ЕГО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ЦИКЛОМ
A. нормопонирующим
B. антепонирующим
C. постпонируюшим

125) АНДРОГЕНЫ ОБРАЗУЮТСЯ
A. в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке)
B. в сетчатой зоне коры надпочечников
C. верно и то, и другое
D. и то, и другое неверно

126) К ОПЕРАЦИИ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА СЛЕДУЕТ ПРИСТУПИТЬ
A. при наличии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения
B. при отсутствии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения
C. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 15 минут
D. при наличии признаков отделения плаценты в течение 3О минут
E. при наличии признаков отделения плаценты в течение 1 часа

127) ГИПОТАЛАМУС ВЫРАБАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ
A. гонадотропины
B. эстрогены
C. гестагены
D. рилизинг-факторы

128) ЭСТРОГЕНЫ СЕКРЕТИРУЮТСЯ
A. клетками внутренней оболочки фолликула

B. желтым телом
C. корковым веществом надпочечников
D. всем перечисленным
E. ничем из перечисленного

129) В КЛУБОЧКОВОЙ ЗОНЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОБРАЗУЕТСЯ
A. глюкокортикоиды
B. альдостерон
C. норадреналин
D. андрогены
E. все перечисленное

130) ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭСТРОГЕНОВ НА ОРГАНИЗМ
A. блокируют рецепторы к окситоцину
B. прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
C. вызывают секреторные преобразования в эндометрии
D. верно все перечисленное
E. все перечисленное неверно

131) ЭСТРОГЕНЫ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ
A. способствуют перистальтике матки и маточных труб
B. усиливают процессы окостенения
C. стимулируют активность клеточного иммунитета
D. верно все перечисленное
E. все перечисленное неверно

132) ГЕСТАГЕНЫ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ
A. снижают содержание холестерина в крови
B. определяют развитие первичных и вторичным половых признаков
C. повышают тонус матки
D. верно все перечисленное
E. все перечисленное неверно

133) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ТФД) ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ
A. двуфазность менструального цикла
B. уровень эстрогенной насыщенности организма
C. наличие овуляции
D. полноценность лютеиновой фазы цикла
E. все перечисленное

134) ПОВЫШЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВО ВТОРУЮ ФАЗУ ОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ОБУСЛОВЛЕНО
A. действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе
B. действием прогестерона, который снижает теплоотдачу интенсификацией биохимических процессов в матке
C. всем перечисленным
D. ничем из перечисленного

135) СПОСОБ АБУЛАДЗЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
A. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 2 часов
B. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 3О минут
C. при появлении кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты
D. при наличии признаков отделения плаценты для выделения последа
E. при задержке отделения доли плаценты

136) АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ (ЗАЩИТА ПРОМЕЖНОСТИ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
A. сохранения нормального биомеханизма родов и предупреждение травматизма матери и плода
B. обеспечения постепенности прорезывания головки
C. выведения головки наименьшей окружностью
D. содействия освобождению головки и плечиков
E. уменьшения напряжения тканей промежности

137) О ПОЛНОЦЕННОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
A. повышение банальной температуры в первую фазу цикла
B. пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла
C. и то, и другое
D. ни то, ни другое

138) ПЛОД СЧИТАЕТСЯ КРУПНЫМ ПРИ МАССЕ ТЕЛА БОЛЕЕ
A. 3ООО г
B. 35ОО г
C. 38ОО г
D. 4ООО г
E. 45ОО г

139) НОРМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА
A. 16О-18О ударов в минуту
B. 12О-14О ударов в минуту
C. 11О-13О ударов в минуту
D. 1ОО-14О ударов в минуту
E. 9О-15О ударов в минуту

140) В ТЕЧЕНИЕ 3О МИНУТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА ОТСТУТСТВУЮТ ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕТ. ВРАЧ ДОЛЖЕН
A. применить прием Креде-Лазаревича
B. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
C. применить прием Абуладзе
D. применить прием Гентера

141) 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 ЛОХИЙДНЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО (ПОСЛЕРОДОВОГО) ПЕРИОДА 4) ИЗМЕРЕНИЕ ТРЕХЧАСОВОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ
A. правильно 1, 2, 3
B. правильно 1, 2
C. все ответы правильны
D. правильно только 4
E. все ответы неправильны

142) У РОЖЕНИЦЫ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМ ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 32-34 НЕДЕЛИ НАЧАЛАСЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. ПЛОД ПОГИБ.ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА
A. интенсивная терапия и родовозбуждение
B. роды вести через естественные родовые пути с последующей плодоразрушающей операцией
C. операция кесарева сечения по жизненным показаниям со стороны матери
D. срочно применить спазмолитики и токолитики с последующим родоускорением

143) РОДОРАЗРЕШЕНИЕ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, КАК ПРАВИЛО, ПРОВОДЯТ
A. консервативно, в срок родов
B. операцией кесарева сечения (при доношенной беременности)
C. операцией кесарева сечения за 2-3 недели до срока родов
D. наложением выходных акушерских щипцов

144) БЕРЕМЕННОСТЬ 37 НЕДЕЛЬ. ГЕСТОЗ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ МАССА ПЛОДА - 2200 Г. ШЕЙКА МАТКИ К РОДАМ НЕ ГОТОВА. КОНСТАТИРОВАНА ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА. НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО
A. пролонгировать беременность на 1-2 недели
B. начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов
C. провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре
D. произвести родоразрешение путем кесарева сечения

145) АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ
A. родов
B. раннего самопроизвольного выкидыша
C. кесарева сечения
D. искусственного аборта
E. позднего самопроизвольного выкидыша

146) ЭСТРОГЕНЫ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЭФФЕКТАМИ
A. способствуют перистальтике матки и труб
B. усиливают процессы окостенения
C. стимулируют активность клеточного иммунитета
D. все перечисленное
E. ничто из перечисленного

147) К АНДРОГЕНАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ
A. тестостерон
B. андростендион
C. дигидротестостерон
D. кортизол

148) ГЕСТАГЕНЫ
A. снижают содержание холестерина в крови
B. определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
C. повышают тонус матки
D. все перечисленное
E. ничто из перечисленного

149) ОСОБЕННОСТЯМИ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЯВЛЯЕТСЯ
A. овуляция
B. образование желтого тела в яичнике
C. преобладание прогестагенов во второй фазе цикла
D. все перечисленное
E. ничто из перечисленного

150) ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АВО-НЕСОВМЕСТИМОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНА:
A. Желтуха
B. Анемия
C. Массивная гепатомегалия
D. Умеренная гепатомегалия с выраженной спленомегалией

151) НАЗОВИТЕ ПОДКЛАССЫ ПОЛНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ (АНТИТЕЛ):
A. иммуноглобулины М
B. иммуноглобулины G
C. все ответы верны
D. все ответы не верны

152) НАЗОВИТЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА, КРОМЕ:
A. утолщение плаценты
B. многоводие

C. увеличение размеров печени и селезенки у плода
D. маловодие

153) ПРЕРЫВАНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОИСХОДИТ ЧАШЕ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ
A. 11-12 недель
B. 9-10 недель
C. 7-8 недель
D. 4-6 недель
E. все перечисленное неверно

154) ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АМНИОЦЕНТЕЗА:
A. титр резус- антител 1:4 и выше
B. наличие ультразвуковых признаков гемолитической болезни плода
C. все ответы верны
D. все ответы не верны
155) ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО:
A. анемическая
B. желтушная
C. отечная
D. все ответы верны

156) УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ВСЕ, КРОМЕ:
A. Превышение нормальной для срока гестации толщины плаценты на 0,5 см и более
B. Увеличение размеров живота плода за счет увеличения печени
C. Асцит у плода
D. Структурные изменения плаценты

157) ПРИ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНОЙ С ПРЕРВАВШЕЙСЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПОКАЗАНО
A. немедленное переливание крови
B. безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)
C. надежный гемостаз
D. все перечисленное
E. ничего из перечисленного

158) СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННОЙ С RH-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ, КРОМЕ:
A. при попадании в кровоток RH-положительных эритроцитов плода
B. при в/в введении RH-положительной крови
C. путем введения RH-положительной крови в/м
D. при попадании в кровоток RH-отрицательных эритроцитов плода

159) НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРОТЕКАЕТ, КАК ПРАВИЛО, СО

СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ
A. а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
B. б) иррадиация боли в плечо
C. в) тошнота (или рвота)
D. верно а) и в)
E. верно все перечисленное

160) С КАКОЙ ЧАСТОТОЙ НЕОБХОДИМО СДАВАТЬ АНАЛИЗ КРОВИ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ ПРИ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ:
A. один раз в месяц в течение всей беременности
B. один раз в неделю
C. только при постановке на учет по беременности в женскую консультацию
D. каждый день
E. ничего из перечисленного

161) ВОЗМОЖНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯИЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
A. желтое тела
B. фолликулярная киста яичника
C. киста желтого тела
D. все перечисленное
E. ничего из перечисленного

162) НАЗОВИТЕ ЕДИНСТВЕННЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА:
A. амниодренирование
B. экстренное родоразрешение
C. внутриутробное переливание крови плоду
D. все верно

163) ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНВАЗИВНЫХ ПРОЦЕДУР, КРОМЕ:
A. преждевременное излитие околоплодных вод
B. кровотечение из места пункции пуповины
C. гематома пуповины
D. хроническая гипоксия плода

164) КОГДА ВВОДЯТ АНТИ-РЕЗУСНЫЙ ГАММАГЛОБУЛИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННЫМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ, КРОМЕ:
A. при сроке гестации 28 недель
B. при угрозе прерывания беременности, сопровождающейся наличием кровяных выделений из половых путей, независимо от срока гестации
C. после инвазивных процедур (биопсии хориона, амниоцентеза, кордоцентеза)
D. при титре резус-антител менее 1:16

165) ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИКЕ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ АНТИ-РЕЗУСНЫЙ

ГАММАГЛОБУЛИН ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ:
A. после аборта
B. после родов при наличии резус-положительной крови у новорожденного
C. после операции по поводу внематочной беременности
D. все ответы верны

166) ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:
A. 35-36 недель
B. 36-37 недель
C. 37-38 недель
D. 28-30 недель

167) В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РОДОВ ВВОДИТСЯ АНТИРЕЗУС-ИММУНОГЛОБУЛИН?
A. До 48 часов
B. До 72 часов
C. До 96 часов
D. В любое время

168) ЖЕЛТУХА, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С:
A. тяжелой формой раннего и позднего токсикоза
B. желчно-каменной болезнью
C. вирусным гепатитом
D. всей перечисленной выше патологией

169) РАЗВИТИЕ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ СВЯЗАНО С ПОВЫШЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ:
A. прямого билирубина
B. непрямого билирубина
C. АсАТ
D. АлАТ

170) НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА 2-Й ИЛИ 3-Й ДЕНЬ:
A. Несовместимость групп крови
B. Физиологическая желтуха
C. Септицемия
D. Сифилис

171) КАКИЕ ВАРИАНТЫ ХОРИАЛЬНОСТИ МОГУТ ОБРАЗОВЫВАТЬСЯ ИЗ ДИЗИГОТНОЙ ДВОЙНИ:
A. бихориальная двойня
B. монохориальная двойня
C. ахориальная
D. никакая

172) ИЗ ДИЗИГОТНОЙ ДВОЙНИ МОЖЕТ ОБРАЗОВАТЬСЯ:
A. монохориальная, моноамниотическая двойня
B. монохориальная, биамниотическая двойня
C. бихориальная, биамниотическая двойня
D. сращенная двойня

173) ИЗ ДИЗИГОТНОЙ ДВОЙНИ МОЖЕТ ОБРАЗОВАТЬСЯ:
A. монохориальная, моноамниотическая двойня
B. монохориальная, биамниотическая двойня
C. бихориальная, биамниотическая двойня
D. сращенная двойня

174) УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ БИХОРИАЛЬНОЙ, БИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ:
A. наличие двух амниотических мешков и двух плацент
B. наличие двух амниотических мешков и одной плаценты
C. наличие одного амниотического мешка и одной плаценты
D. наличие одного амниотического мешка и двух плаценты

175) УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ, БИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ:
A. наличие двух амниотических мешков и двух плацент
B. наличие двух амниотических мешков и одной плаценты
C. наличие одного амниотического мешка и одной плаценты
D. наличие одного амниотического мешка и двух плаценты

176) УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ, МОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ:
A. наличие двух амниотических мешков и двух плацент
B. наличие двух амниотических мешков и одной плаценты
C. наличие одного амниотического мешка и одной плаценты
D. наличие одного амниотического мешка и двух плаценты

177) БИХОРИАЛЬНАЯ, БИАМНИОТИЧЕСКАЯ ДВОЙНЯ ОБРАЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:
A. после оплодотворения для обеих яйцеклеток начинается процесс деления, дальнейшего продвижения по трубе и имплантации в слизистую матки
B. расщепление происходит после 13-го дня от оплодотворения
C. деление происходит после 7-8-годня от оплодотворения (процесс расщепления уже не затрагивает внутреннюю плодную оболочку)
D. расщепление происходит на стадии развившейся морулы, примерно на 5—7-й день после оплодотворения (внешняя плодная оболочка уже заложена и не вовлекается в процесс расщепления)

178) ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ВКЛЮЧАЮТ:
A. ощущение движения плода в разных местах

B. определение наружными приемами трех и более крупных частей плода
C. отчетливое сердцебиение плода в разных местах матки
D. большие размеры головки при значительных размерах матки

179) ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НАЗЫВАЮТСЯ:
A. близнецами
B. многоплоидами
C. зиготами
D. бластоцистами

180) ЧТО НЕ МОЖЕТ БЫТЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КРИТЕРИЕМ МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ В I ТРИМЕСТРЕ?
A. одно плодное яйцо
B. два эмбриона
C. один желточный мешок
D. наличие межплодовой перегородки

181) ДЛЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНЫ:
A. большие размеры матки и большая предлежащая головка
B. большие размеры матки и маленькая предлежащая головка
C. большие размеры матки и предлежащая головка нормальных размеров
D. небольшие размеры матки и небольшие размеры головки

182) ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЕРВОГО ПЛОДА ПРИ ПРОДОЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ВТОРОГО ПОКАЗАНО:
A. выжидательная тактика самостоятельного рождения плода
B. внутривенное введение окситоцина
C. кесарево сечение
D. амниотомия

183) ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВТОРОГО ПЛОДА ВРАЧ ДОЛЖЕН:
A. вскрыть плодный пузырь и предоставить роды естественному течению
B. вскрыть плодный пузырь и извлечь плод за тазовый конец
C. вскрыть плодный пузырь и оказать пособие по Цовьянову
D. выполнить операцию кесарева сечения

184) БЕРЕМЕННОСТЬ ДВОЙНЕЙ. ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ 1 ПЛОДА ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ 2 ПЕРИОДА РОДОВ (2 ПЛОД В ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ) ПЕРВЫМ ДЕЛОМ СЛЕДУЕТ:
A. определить состояние плода
B. определить положение и предлежание плода наружными приемами
C. вскрыть плодный пузырь 2 плода
D. перевязать пуповину 1 плода

185) БЕРЕМЕННОСТЬ ДВОЙНЕЙ. ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ 1 ПЛОДА ПРИ

НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ 2 ПЕРИОДА РОДОВ (2 ПЛОД В ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ) ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ВТОРОГО ПЛОДА НАРУЖНЫМИ ПРИЕМАМИ СЛЕДУЕТ:
A. определить пол плода
B. определить вес плода
C. вскрыть плодный пузырь 2 плода
D. выделить послед 1 плода

186) БЕРЕМЕННАЯ 22 ЛЕТ ПОСТУПИЛА С ЖАЛОБАМИ НА ТОШНОТУ, РВОТУ ДО 6-8 РАЗ В ДЕНЬ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 9 НЕДЕЛЬ, ОДНАКО, ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО, ЧТО МАТКА УВЕЛИЧЕНА СООТВЕТСТВЕННО 12 НЕДЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ:
A. беременность 9 недель двойней. Тяжелый токсикоз
B. беременность 12 недель двойней. Тяжелый токсикоз
C. беременность 9. Тяжелый токсикоз
D. беременность 9 недель двойней. Токсикоз легкой степени

187) ПЕРЕГОРОДКА, РАЗДЕЛЯЮЩАЯ КАЖДЫЙ ПЛОД ПРИ ДВУЯЙЦЕВОЙ ДВОЙНЕ, СОДЕРЖИТ:
A. один амнион и один хорион
B. два амниона
C. два хориона
D. два амниона и два хориона

188) БЕРЕМЕННАЯ 22 ЛЕТ ПОСТУПИЛА С ЖАЛОБАМИ НА ТОШНОТУ, РВОТУ ДО 6-8 РАЗ В ДЕНЬ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 9 НЕДЕЛЬ, ОДНАКО, ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО, ЧТО МАТКА УВЕЛИЧЕНА СООТВЕТСТВЕННО 12 НЕДЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ПЛАН ВЕДЕНИЯ:
A. Стационарное лечение
B. Амбулаторное лечение
C. Лечение не требуется
D. Дневной стационар

189) ВТОРОЙ ПЕРИОД СВОЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ДВОЙНЕЙ. ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЕРВОГО ПЛОДА МАССОЙ 2900,0 ПРОИЗВЕДЕНО ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВЫЯВЛЕНО, ЧТО ВТОРОЙ ПЛОД НАХОДИТСЯ В ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ГОЛОВКА ПЛОДА СПРАВА СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА РИТМИЧНОЕ 132 УДАРА В МИНУТУ НА УРОВНЕ ПУПКА. КАКОВА ТАКТИКА ДАЛЬНЕЙШЕГО ВЕДЕНИЯ РОДОВ?
A. Поворот плода на ножку
B. Кесарево сечение
C. Выжидательная тактика
D. Наружный поворот плода

190) ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С ТРОЙНЕЙ:
A. тазовое предлежание I плода- кесарево сечение, головное предлежание I плода- роды через естественные родовые пути
B. тазовое предлежание III плода- кесарево сечение, головное предлежание I плода- роды через естественные родовые пути
C. тазовое предлежание I плода- кесарево сечение, головное предлежание III плода- роды через естественные родовые пути
D. кесарево сечение

191) ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЙ ГЕМОТРАНСФУЗИИ:
A. образование глубоких анастамозов в плаценте
B. образование глубоких анастамозов в пуповине
C. образование глубоких анастамозов в матке
D. образование глубоких анастамозов у плода

192) ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ:
A. эндоскопическая лазерная коагуляция анастомозов
B. амниодренирование
C. фетоцид плода-донора
D. не требуется

193) ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ОДНОГО ИЗ ПЛОДОВ ПРИ ДВОЙНЕ:
A. УЗИ
B. Амниоскопия
C. КТГ
D. Аускультация

194) ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ СРОСШИХСЯ БЛИЗНЕЦОВ:
A. хронические очаги инфекции
B. образование неполноценных половых клеток на фоне эндокринных нарушений
C. синдром фето-фетальной гемотрансфузии
D. расщепление зиготы происходит после 13-го дня от оплодотворения

195) НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ
A. кишечная палочка, протей, клебсиелла
B. энтерококки, стафилококки
C. микробные ассоциации
D. все перечисленные

196) ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ИНФЕКЦИОННЫЙ АГЕНТ ПРОНИКАЕТ В ПОЧКУ, КАК ПРАВИЛО, ПУТЕМ
A. лимфогенным
B. уриногенным
C. гематогенным

D. нейронным

197) ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ (КРОМЕ НАЛИЧИЯ ИНФЕКЦИОННОГО НАЧАЛА), ЯВЛЯЕТСЯ:
A. изменение гормонального фона (уровень и соотношение эстрогенов и прогестерона)
B. наличие рефлюксов
C. нарушение оттока мочи (сдавление мочеточников беременной маткой, наличие камней)
D. все перечисленное

198) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ АНТИБИОТИКИ, КРОМЕ:
A. пенициллина
B. ампициллина
C. пиопена
D. тетрациклина

199) ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО (ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО) ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ:
A. 10-21 неделя
B. 22-28 недель
C. 29-32 недели
D. 33-38 недель

200) ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:
A. отеков лица
B. болей в пояснице
C. микрогематурии
D. желтухи

201) РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ВКЛЮЧАЕТ:
A. электрофорез лекарственных средств
B. ультразвуковую терапию
C. гормональную терапию
D. все перечисленное

202) С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:
A. борьба с абортами
B. предупреждение воспалительных заболеваний женских половых органов
C. лечение генитального инфантилизма
D. реабилитационные мероприятия после первой внематочной беременности
E. все перечисленное

203) НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ:
A. внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
B. иррадиация боли в плечо
C. тошнота (рвота)
D. верно все перечисленное

204) ШОКОВЫЙ ИНДЕКС — ЭТО:
A. отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1
B. отношение частоты пульса к величине диастоличсского АД, равное 1
C. отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0,5
D. отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0,5

205) ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
A. апоплексия яичника
B. хронический сальпингоофорит
C. угроза прерывания (маточная беременность)
D. ничего из перечисленного

206) К ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕЕ ОТНОСЯТСЯ
A. бартолинит
B. эндоцервицит
C. эндометрит
D. аднексит
E. пельвиоперитонит

207) ОСОБЕННОСТЯМИ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЯВЛЯЮТСЯ
A. овуляция
B. образование желтого тела в яичнике
C. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
D. все перечисленное
E. ничего из перечисленного

208) ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ СОСКОВ В ВИДЕ МОЛОЗИВА ИЛИ МОЛОКА ХАРАКТЕРНО:
A. гиперпролактинемия
B. злокачественное заболевание
C. является вариантом нормы
D. характерно для подросткового периода

209) БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:
A. размеры матки
B. подвижность матки
C. наличие спаечного процесса
D. наличие кист и новообразований

E. все перечисленное

210) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ:
A. двухфазность менструального цикла
B. уровень эстрогенной насыщенности организма
C. наличие овуляции
D. полноценность лютеиновой фазы
E. все перечисленное

211) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ:
A. произвести осмотр наружных половых органов
B. состояние слизистой оболочки влагалища
C. состояние слизистой оболочки шейки матки
D. характер влагалищных выделений
E. все перечисленное

212) СУХОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:
A. гиперэстрогении
B. гипоэстрогении
C. гиперандрогении
D. гирсутизме

213) ОСМОТР ШЕЙКИ МАТКИ В ЗЕРКАЛАХ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ:
A. состояние
B. длину и форму
C. все перечисленное
D. наличие рубцов
E. эктопию цилиндрического эпителия

214) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:
A. овуляции
B. инсулинорезистентности
C. железистокистозной мастопатии
D. ничего из перечисленного

215) СИМПТОМ ЗРАЧКА:
A. цервикальный канал продуцирует прозрачную слизь под влиянием эстрогенов
B. достигает максимума в середине цикла
C. оценивается при гинекологическом осмотре в зеркалах
D. все перечисленное верно

216) БАЗАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ИЗМЕРЯЕТСЯ:
A. с целью определения овуляции
B. с целью назначения антибиотикотерапии
C. с целью назначения противовоспалительной терапии

D. все перечисленное верно

217) РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ВКЛЮЧАЕТ
A. а) электрофорез лекарственных средств
B. б) ультразвуковую терапию
C. в) гормональную терапию
D. верно а) и б)
E. все перечисленное

218) ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ БАЗАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ОБУСЛОВЛЕНА ДЕЙСТВИЕМ:
A. прогестерона
B. эстрадиола
C. АТ- ТПО
D. ДГЭА-сульфат

219) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПИКА ЛГ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ:
A. установления овуляции
B. полноценности желтого тела
C. все перечисленное
D. ничего из перечисленного

220) КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА:
A. анемия
B. боли внизу живота в середине или во 2 половине менструального цикла
C. боли, иррадиирующие в крестец и наружные половые органы
D. слабость, головокружение
E. все перечисленное

221) УЗИ МОНИТОРИНГ РАСТУЩЕГО ФОЛЛИКУЛА ПРОИЗВОДИТСЯ:
A. в первую фазу цикла
B. с 10-15 день цикла
C. все перечисленное
D. ничего из перечисленного

222) СБОР АНАМНЕЗА У ДЕВОЧКИ ПОДРОСТКА С НЕРЕГУЛЯРНЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ:
A. жалобы (основные и дополнительные)
B. семейный анамнез
C. менструальную и дегенеративную функцию
D. социально- экономические и бытовые условия
E. все перечисленное

223) ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНОЙ:
A. немедленная операция
B. операцию можно произвести в плановом порядке

C. возможно консервативное лечение больной
D. верно все перечисленное
E. все перечисленное неверно

224) ДОМИНАНТЫЙ ФОЛЛИКУЛ, ГОТОВЫЙ К ОВУЛЯЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ:
A. 20 мм
B. 15 мм
C. 10 мм
D. ничего из перечисленного

225) ДЛЯ СКРИНИНГА ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ПРОВОДИТСЯ:
A. цитологическое исследование мазка из экзо и эндоцервикса
B. микроскопическое исследование мазка из влагалища
C. ПЦР-диагностика отделяемого влагалища
D. ничего из перечисленного

226) ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ С ПОВЕРХНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ:
A. определяют форму и величину клеток
B. наличие слизи, включений, жировых клеток
C. структурному критерию-разрозненность или в виде пластов
D. фону цитологического препарата-детрит, слизь, белковый секрет
E. все перечисленное

227) МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ:
A. УЗИ органов малого таза
B. цитологическое исследование аспирата из полости матки
C. аспирационная биопсия эндометрия
D. гистероскопия
E. все перечисленное

228) В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:
A. дисфункциональные кровотечения
B. преждевременное половое созревание
C. опухоли яичников
D. вульвовагиниты
E. аномалии развития половых органов

229) ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГИПОТАЛАМУСА, ГИПОФИЗА И ЯИЧНИКОВ В РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
A. одно звено (вышележащие) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
B. нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
C. функция звеньев синхронна
D. выключение одного звена нарушает всю систему в целом

E. верно все перечисленное

230) ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:
A. форму, величину шейки и наружного зева
B. рельеф слизистой оболочки шейки матки
C. границу плоского эпителия, покрывающего шейку и цилиндрического эпителия цервикального канала
D. все перечисленное

231) ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ФИБРОЗНО-КИСТОЗНУЮ МАСТОПАТИЮ УЗ- ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДЯТ:
A. в 1й фазе цикла
B. во 2й фазе цикла
C. в менструацию
D. при беременностиа

232) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИМЕНЯЮТ ФОРМУЛУ:
A. масса тела,кг/ (длина тела,м)2
B. масса тела, кг/ окружность груди
C. масса тела, кг/ окружность бедер 2
D. ничего из перечисленного

233) ТАКТИКА ВРАЧА ВО 2 ПЕРИОДЕ РОДОВ, ЕСЛИ 2 ПЛОД В ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ:
A. вскрыть плодный пузырь и предоставить роды естественному течению
B. вскрыть плодный пузырь и произвести поворот плода на ножку
C. повернуть плод в продольное положение наружными приемами
D. сделать кесарево сечение

234) ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО:
A. матка в виде песочных часов
B. появление кровянистых выделений из влагалища
C. беспокойное поведение роженицы
D. истончение нижнего сегмента матки

235) СИМПТОМЫ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ НЕ ВСЕГДА ВКЛЮЧАЮТ:
A. острую боль в животе и прекращение родовой деятельности
B. шок разной степени выраженности
C. внезапную смерть плода
D. наружное кровотечение

236) ОСНОВНОЙ СИМПТОМ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ:
A. истончение и болезненность нижнего сегмента матки
B. вторичная слабость родовой деятельности

C. потуги при прижатой к входу в таз головке плода
D. положительный признак Вастена

237) У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ:
A. экскреторной урографии
B. ирригоскопии
C. ректороманоскопии
D. всего перечисленного
E. ничего из перечисленного

238) ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРМОЗОМ ЯИЧНИКОВ (ПРИ ЕГО МАЛЫХ ФОРМАХ) ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
A. сохраненного двуфазного менструального цикла
B. болей внизу живота накануне менструации
C. бесплодия
D. верно b) и c)
E. всего перечисленного

239) ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЛАЮТ, КАК ПРАВИЛО:
A. девочкам- подросткам с гинекологическим заболеванием
B. женщинам репродуктивного возраста
C. женщинам климактерического возраста
D. ничего из перчисленного

240) ФСГ СТИМУЛИРУЕТ
A. рост фолликулов в яичнике
B. продукцию кортикостероидов
C. продукцию ТТГ в щитовидной железе
D. все перечисленное

241) РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОСТНОГО ВОЗРАСТА:
A. кистей рук
B. голени
C. черепа
D. ничего из перечисленного

242) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИМЕНЯЮТ ФОРМУЛУ:
A. масса тела,кг/ (длина тела,м)2
B. масса тела, кг/ окружность груди
C. масса тела, кг/ окружность бедер 2
D. ничего из перечисленного

243) ЧТО ОТНОСИТЕЛЬНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ПОЛОВОГО ТРАКТА У ДЕВОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ
A. чаще протекают в виде вульвита и вагинита
B. могут вызываться стрепто- и стафилококками, группой энтеробактерий
C. возбудителями могут быть гонококки
D. все перечисленное

244) РАЗВИТИЮ И ПОДДЕРЖАНИЮ ВОСПАЛЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК СПОСОБСТВУЮТ:
A. избыточная складчатость слизистых оболочек
B. низкая эстрогенная насыщенность
C. истончение и замедленная пролиферация эпителия полового тракта
D. преобладание во влагалище кокковой флоры
E. все перечисленное

245) В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:
A. дисфункциональные кровотечения
B. преждевременное половое созревание
C. опухоли яичников
D. вульвовагиниты
E. аномалии развития половых органов

246) МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ:
A. УЗИ органов малого таза
B. цитологическое исследование аспирата из полости матки
C. аспирационная биопсия эндометрия
D. гистероскопия
E. все перечисленное

247) В ОПРЕДЕЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОСТИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКА С ЭКЗО И ЭНДОЦЕРВИКСА ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:
A. выраженность атипии
B. уреаплазмоз
C. повышенные лейкоциты
D. ничего из перечисленного

248) ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ С ПОВЕРХНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ:
A. определяют форму и величину клеток
B. наличие слизи, включений, жировых клеток
C. структурному критерию-разрозненность или в виде пластов
D. фону цитологического препарата-детрит, слизь,белковый секрет
E. все перечисленное

249) ДЛЯ СКРИНИНГА ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ПРОВОДИТСЯ:
A. цитологическое исследование мазка из экзо и эндоцервикса
B. микроскопическое исследование мазка из влагалища

C. ПЦР-диагностика отделяемого влагалища
D. ничего из перечисленного

250) ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ВАЖНО СОБЛЮДАТЬ ПРАВИЛА:
A. материал для исследования должен быть взят в день обращения к врачу
B. забор материала до назначения антибиотико терапии
C. все перечисленное
D. ничего из перечисленного

251) МАЛЫЕ ДОЗЫ ЭСТРОГЕНОВ
A. стимулируют продукции ФСГ
B. подавляют продукцию ФСГ
C. усиливают продукцию ЛГ
D. подавляют продукцию ЛГ

252) ДИАГНОСТИКЕ БАКТОРИАЛЬНОГО ВАИНОЗА СООТВЕТСТВУЕТ:
A. гомогенные выделения из влагалища
B. РН влагалищного содержимого более 4,5
C. положительный аминный тест
D. “ключевые” клетки в мазке
E. все перечисленное

253) ТЕРАПИЯ ИЗОСЕКСУАЛЬНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК СВОДИТСЯ К ПРИМЕНЕНИЮ
A. сигетина (в возрастных дозах)
B. свежего картофельного сока (по 2 ст. ложки 2 раза в день)
C. при гормонально-активных опухолях яичников лечение оперативное
D. всего перечисленного
E. ничем из перечисленного

2543) АДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ОБУСЛОВЛЕНА
A. резким снижением гормональной функции яичников
B. гипергонадотропной активностью гипофиза
C. отсутствием хромосомной патологии
D. всем перечисленным
E. ничем из перечисленного

255) ПРИ ГЕНИТАЛЬИОМ ИНФАНТИЛИЗМЕ СООТНОШЕНИЕ ШЕЙКИ И ТЕЛА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ ОБЫЧНО
A. 1:3
B. 1:2
C. 1:1
D. 3:1
E. 2:1

256) ЛЕЧЕНИЕ ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ В

ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ПО ТИПУ "СТЕРТОЙ" ВИРИЛИЗАЦИИ
A. заместительная терапия эстрогенами
B. заместительная терапия гестагенами
C. применение глюкокортикоидов в поддерживающих дозах (преднмволон по 5 мг, дексаметазон по 0.125-0.5 мг)
D. верно все перечисленное
E. ничего из перечисленного

257) К ВУЛЬВОВАНИНИТАМ У ДЕВОЧЕК ОТНОСЯТСЯ:
A. хламтидийно-вирусной этиологии
B. бактериальной этиологии
C. кандидомикозы вульвы и влагалища
D. как следствие заболеваний мочевыводящих путей
E. все перечисленное

258) ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЛАЮТ, КАК ПРАВИЛО:
A. девочкам- подросткам с гинекологическим заболеванием
B. женщинам репродуктивного возраста
C. женщинам климактерического возраста
D. ничего из перчисленного

259) МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВОЗМОЖНО ПРИ:
A. болезни фон Виллебранда
B. циррозе печени
C. тромбастении Гланцмана
D. все перечисленное

260) ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПОДРОСТКА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ АНАЛИЗ:
A. осмотр кожных покровов и видимых слизистых
B. УЗИ органов малого таза, печени и щитовидной железы
C. лабораторные анализы
D. наследственный и геморрагический анамнез
E. все перечисленное

261) КАКОЙ ТЕРМИН СООТВЕТСТВУЕТ МЕНСТРУАЦИИ С КРОВОПОТЕРЕЙ 100 Л КАЖДЫЕ 35 ДНЕЙ:
A. менометроррагия
B. меноррагия
C. полименорея
D. олигоменорея

262) ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ КОРОТКОЙ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ФАЗЕ:
A. меноррагия
B. менометроррагия
C. полименорея

D. ановуляторное кровотечение

263) НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДМК ЯВЛЯЕТСЯ:
A. ановуляция
B. болезнь фон Виллебранда
C. тромбастения Гланцмана
D. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

264) СИМПТОМАМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ:
A. менорргия
B. болевой синдром
C. хроническое воспаление
D. обильные светлые выделения из половых путей

265) ДИАГНОСТИКА ДМК ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:
A. гормоны крови
B. анализ крови на ХГЧ
C. аспирация ткани эндометрия
D. УЗИ органов малого таза
E. все перечисленное

266) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАДО ПРОВОДИТЬ:
A. полипом эндометрия
B. внематочной беременностью
C. геморрагическим диатезом
D. травмой
E. все перечисленное

267) ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
A. Ациклическими маточными кровотечениями
B. Межменструальными выделениями
C. Длительным функционированием желтого тела
D. Все перечисленное

268) ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
A. миоме матки
B. полипе цервикально канала
C. внутриматочной синехии
D. недостаточности эстрогенов

269) ПРИ НАЛИЧИИ ЖАЛОБ НА НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ ПОКАЗАНО:
A. консультация гематолога
B. уролога
C. стоматолога

D. аллерголога

270) ПРИ НАЛИЧИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ:
A. на функциональную активность тромбоцитов на индукторах агрегации АДФ, коллаген, ристомидин
B. АТ к тромбоцитам
C. ничего из перчисленного
D. все перечисленное

271) ПАЦИЕНТКИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ, ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА:
A. носовые кровотечения
B. кровотечения после удаления или выпадения зубов
C. обильные менструации
D. все перечисленное

272) КОНДУКТОРУ ГЕМОФИЛИИ- БОЛЕЕ ВСЕГО СООТВЕТСТВУЕТ:
A. носительство гена гемофилии девочкой, в роду у которой установлена гемофилия
B. пациентки с жалобами на маточное кровотечение
C. пациентка с жалобами на носовые кровотечения
D. пациентка с жалобами на петехиальную сыпь

273) ПРИ БОЛЕЗНИ ФОН ВИЛЛЕБРАНДА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ:
A. агрегация тромбоцитов
B. коагулограмма
C. жалобы на обильные менструации, носовые кровотечения и пр.
D. все перечисленное

274) ПРИ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:
A. ультразвук органов малого таза
B. клинический анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов
C. коагулограмма
D. осмотр в зеркалах
E. все перечисленное

275) К ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ДИАТЕЗАМ ОТНОСЯТСЯ:
A. болезнь фон Виллебранда
B. тромбастения Гланцмана
C. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
D. дефицит факторов свертывания крови
E. все перечисленное

276) МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ:
A. гипоэстрогения
B. дефицит факторов свертывания крови

C. заболеваний печени
D. все перечисленное

277) ПРИЧИНОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОГУТ БЫТЬ:
A. болезнь Элерса-Данло
B. тромбастения Гланцмана
C. иммунная тромбоцитопения
D. болезнь фон Виллебранда
E. все перечисленное

278) МЕТРОРРАГИЯ – ЭТО:
A. изменения ритма менструации
B. увеличение кровопотери во время менструации
C. увеличение продолжительности менструации
D. ациклические маточные кровотечения

279) МЕНОРРАГИЯ – ЭТО:
A. ациклические маточные кровотечения
B. циклические маточные кровотечения, связанные с менструациями
C. болезненные и обильные менструации
D. пре- и постменструальные кровянистые выделения
E. уменьшение продолжительности менструального цикла

280) ОЛИГОМЕНОРЕИ СООТВЕТСТВУЮТ:
A. редкие и скудные менструации
B. редкие и болезненные менструации
C. уменьшение кровопотери во время менструации
D. межменструальные скудные кровянистые выделения
E. ничего из перечисленного

281) КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ГИПЕРМЕНОРЕЕЙ:
A. киста яичника
B. полипоз эндометрия
C. миома матки с ростом в полость матки
D. нарушение свертываемости крови

282) НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ В СЛУЧАЕ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:
A. кольпоскопия
B. лапароскопия
C. УЗИ
D. гистероскопия
E. цистоскопия

283) ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИНЫ В ВОЗРАСТЕ 30-40 ЛЕТ.
A. изменение базальной температуры тела;

B. диагностическое выскабливание слизистой матки;
C. гистероскопия;
D. определение концентрации эстрогенов и прогестерона

284) ПРИ ПОЯВЛЕНИИ АЦИКЛИЧЕСКИХ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ПРОВОДИТСЯ:
A. гистеросальпингография
B. определение ЛГ
C. УЗИ
D. диагностическое выскабливание
E. все перечисленное

285) ЖЕНЩИНЫ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ СОСТАВЛЯЮТ ГРУППУ РИСКА:
A. по невынашиванию
B. по развитию аномалий родовой деятельности
C. по развитию опухолей гениталий
D. по развитию опухолей молочных желез
E. все ответы правильные

286) ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ:
A. наследственным
B. приобретенным
C. все перечисленное верно
D. перечисленное неверно

287) НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ В СЛУЧАЕ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:
A. кольпоскопия
B. лапароскопия
C. УЗИ
D. гистероскопия

288) В ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
A. кольпоскопия
B. лапароскопия
C. УЗИ
D. раздельное выскабливание слизистой матки и шейки
E. гистероскопия

289) МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ, ОБИЛЬНОЕ И ИХ СОЧЕТАНИЕ ПРИ РЕГУЛЯРНОМ ЦИКЛЕ:
A. метроррагия
B. олигоменорея
C. полименорея
D. гиперполименорея
E. меноррагия

290) КАКОЕ ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, КРОМЕ:
A. тромбоцитопении
B. полипов эндометрия
C. пузырного заноса
D. внематочная беременность
E. лейкоза

291) ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА:
A. артериальное давление
B. олигурия и анурия
C. частый нитевидный пульс
D. акроцианоз
E. все перечисленные симптомы

292) ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ КОРОТКОЙ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ФАЗЕ:
A. Меннорагия
B. Менометроррагия
C. Полименорея
D. Ановуляторное кровотечение
E. Метроррагия

293) ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА:
A. артериальное давление
B. олигурия и анурия
C. частый нитевидный пульс
D. акроцианоз
E. все перечисленные симптомы

294) КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ:
A. частота сердечных сокращений
B. артериальное и центральное венозное давление
C. часовой диурез
D. цвет кожи и температура тела
E. все перечисленное

295) У БОЛЬНОЙ С КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
A. наличие воспаления придатков в анамнезе
B. дисфункция яичников в анамнезе
C. болевой синдром
D. внутрибрюшное кровотечение

296) ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ У

БОЛЬНОЙ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА ПОКАЗАНО:
A. чревосечение, резекция яичника
B. чревосечение, удаление яичника
C. наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям – гемотрансфузия
D. консервативная терапия: покой, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия

297) ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ - ЭТО:
A. склонность к кровотечениям
B. повышенная кровоточивость
C. петехиальные высыпания
D. все перечисленное

298) ВЫСОКИЙ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:
A. гипергликемии
B. гиперлипидемии
C. гиперинсулинемии
D. дислипидемии
E. все перечисленное

299) ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
A. апоплексия яичника
B. хронический сальпингоофорит
C. угроза прерывания (маточная беременность)
D. ничего из перечисленного

300) ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
A. боли внизу живота
B. пороки развития внутренних половых органов
C. синдром поликистозных яичников
D. все перечисленное

Ситуационные задачи по гинекологии для прохождения промежуточной аттестации

Клиническая задача №1

Больная А., 35 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота и в правой подвздошной области, тошноту и рвоту. Вечером предыдущего дня на фоне вполне удовлетворительного самочувствия появились резкие боли в животе и правой подвздошной области после физической нагрузки (занималась домашним хозяйством). Несколько раз были тошнота и рвота. Ночью боли значительно усилились, вызвали скорую медицинскую помощь.

Гинекологическое исследование: Матка не увеличена, обычной формы и консистенции, смещена кверху и несколько влево за счет образования, расположенного справа и кзади от матки и имеющего округлую форму, гладкую поверхность, тугоэластическую консистенцию, размеры 10х14 см. Образование ограничено в подвижности и резко болезненно при пальпации и попытке к смещению. Левые придатки не определяются. Своды свободные, параметрий не инфильтрирован.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Определите тактику лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 1

1. Диагноз: перекрут ножки кисты правого яичника.
2. Дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями, как: внематочная беременность, апоплексия яичника, острыйсальпингоофорит, острая кишечная непроходимость, почечная колика
3. При перекруте ножки кисты яичника показано хирургическое лечение.

Клиническая задача №2

В гинекологическое отделение городской больницы поступила больная 26 лет с жалобами на мажущиеся кровяные выделения из половых путей, на периодически повторяющиеся тошноту, головокружение и боли в правой подвздошной области.

Последняя менструация была в срок 6,5 недель назад. Половая жизнь с 20 лет, брак первый. Муж здоров. Было 2 беременности: 1-я закончилась срочными родами, 2-я искусственным абортом. Влагалищное исследование: При осмотре с помощью зеркал отмечается легкий цианоз слизистой шейки матки. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, из, него выделяются умеренные темно кровянистые введения. Матка наклонена кпереди, слегка увеличена, несколько размягчена, подвижная. Левые придатки не определяются. Справа и сзади от матки пальпируются тестоватой консистенции, увеличенные и болезненные придатки матки. При пальпации заднего свода влагалища отмечается умеренная болезненность.

Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какова тактика лечения больной?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 2

1. Правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.
2. УЗИ органов малого таза, определение ХГЧ в периферической крови, гемограмма,
3. Лечение – оперативное. Лапароскопия – эталонный метод диагностики внематочной беременности. Диагноз ставится на основании изменения формы и цвета маточной трубы. Объем операции - в зависимости от состояния маточной трубы. Выбор оперативного доступа зависит от состояния гемодинамики, размера и локализации плодного яйца.

Клиническая задача №3

Пациентка 27 лет обратилась с жалобами на нерегулярный менструальный цикл, отсутствие беременности в течение 5 лет, избыточное оволосение в области ареол сосков, передней стенки живота. Менструации с 13 лет нерегулярные с менархе, через 60-90 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей не было. Избыточный рост волос появился в возрасте 14 лет. Фенотип изосексуальный, молочные железы хорошо развиты, повышенного питания (ИМТ 27 кг/м^2).

При трансвагинальном УЗИ на 21 день цикла: матка нормальных размеров, М-Эхо – 7мм, левый яичник размером 3,9х3,6см, объемом 10 см^3 с 10 фолликулами диаметром 6-8 см. В правом яичнике – аналогичные изменения.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы в данном случае?
3. Тактика ведения и лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 3

1. Первичное бесплодие. Синдром поликистозных яичников. Опсоменорея. Ановуляция.
2. Исследование гормонов крови, исследование функции щитовидной железы, исследование углеводного обмена.
3. Коррекция веса, сбалансированная диета и рациональная физическая нагрузка. Назначение монофазных низкодозированных КОК на 4-6 месяцев. При отсутствии беременности в течение 1 года после начала лечения показано оперативное лечение: лапароскопия, каутеризация яичников, разделение спаек. При отсутствии наступления беременности в течение 1 года после оперативного лечения показано использование вспомогательных репродуктивных технологий.

Клиническая задача № 4

Пациентка Д., 28 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструаций в течение 4 лет, бесплодие, повышенную утомляемость, раздражительность, частые головные боли. Менструации с 13 лет, через 28-30 дней, по 4-5 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Беременность одна в возрасте 20 лет – искусственный аборт. В возрасте 23 на фоне сильного стресса отметила нарушения менструального цикла, в 24 годы менструации прекратились. Объективно: нормального телосложения. При бимануальном исследовании – без патологии, при осмотре в зеркалах – слизистая влагалища сухая, бледная. Уровень пролактина – 1500 мМЕ/л (норма до 400)

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика ведения и лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 4

1. Вторичная аменорея. Вторичное бесплодие. Гиперпролактинемия. Аденома гипофиза?
2. Рентгенография черепа, МРТ головного мозга, определение периферических полей зрения состояния глазного дна, консультация окулиста и нейрохирурга с целью исключения опухоли гипофиза.
3. При исключении объемного образования гипофиза показана терапия с целью коррекции уровня пролактина.

Клиническая задача № 5

Пациентка В., 32 лет обратилась с жалобой на обильное маточное кровотечение со сгустками после задержки менструации на 2 месяца. Тест на беременность отрицательный. Менструации с 13 лет, через 28-30 дней, по 5-6 дней, умеренные, умеренно болезненные, установились в течение 2 лет после менархе. В анамнезе 2 своевременных родов в 24 и 28 лет, 3 искусственных аборта (последний в 29 лет). По данным УЗИ, проведенного за 5 дней до настоящего кровотечения во время диспансеризации обращает на себя внимание М-ЭХО 15мм, в правом яичнике – гладкостенное кислотное образование с ровными контурами и анэхогенным жидкостным содержимым диаметром 35мм. Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскоспии. Результат гистологического исследования: простая гиперплазия эндометрия.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Дальнейшая тактика ведения больной

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 5

1. Дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода.

Простая гиперплазия эндометрия. Вторичное бесплодие.
2. У пациенток репродуктивного возраста первым этапом гемостаза должно быть раздельное диагностическое выскабливание. Это позволяет добиться быстрого гемостаза при массивном кровотечении и выявить причину кровотечения, так как у этой группы пациенток диагноз ДМК является диагнозом исключения, который необходимо дифференцировать с целым рядом органических заболеваний: плацентарным полипом, миомой матки, полипом эндометрия, аденомиозом, аденокарциномой, внематочной беременностью, гормонально-активными опухолями яичников.
3. После проведения гистологического исследования и оценки гормонального профиля индивидуальный подбор гормональной терапии с целью регуляции менструальной функции.

Клиническая задача № 6

На прием к гинекологу обратилась 17-летняя девушка, с жалобами на отсутствие менструаций. При осмотре обращается на себя внимание рост 140см, неразвитые молочные железы, короткая шея, «готическое небо». При гинекологическом исследовании: слизистые оболочки наружных половых органов и влагалища атрофичные, матка меньше нормы. При УЗИ: матка уменьшена в размерах, эндометрий линейный, яичники представлены соединительнотканными тяжами длиной 1,5см шириной 0,3-0,5см.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика обследования пациентки.
3. Тактика ведения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 6

1. Первичная аменорея. Дисгенезия гонад. Синдром Шерешевского-Тернера?
2. Консультация генетика. Определение кариотипа. Определение гормонального профиля крови.
3. При наличии Y хромосомы обязательным является оперативное удаление гонад связи с высоким риском малигнизации. После удаления гонад при наличии Y-хромосомы или при ее отсутствии проводят заместительную гормональную терапию в течение всей жизни до возраста естественного наступления менопаузы.

Клиническая задача № 7

Больная А., 45 лет поступила с жалобами на приливы, нарушение менструального цикла по типу опсоолигоменореи, плаксивость, раздражительность, повышенную потливость в течение 6 месяцев.
Данные анамнеза: менархе в 12 лет, менструации по 3-4дня, через 35 -45 дней, сразу установились, скудные, безболезненные. Рост 170см, вес – 60кг. Соматический анамнез не отягощен. Из гинекологического анамнеза ЗППП 10 лет назад. Половая жизнь с 20лет, вне брака. Беременностей – 3, родов – 3, без осложнений.
Гинекологический осмотр: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, матка в срединном положении,

нормальных размеров, безболезненная при пальпации. Область придатков без патологических изменений. Своды свободные, параметрий не инфильтрирован.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования для уточнения диагноза
3. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 7

1. Климактерический синдром. Перименопауза.
2. Исследование уровня ФСГ, эстрадиола. УЗИ органов малого таза. Маммография. Цитология шейки матки. Гемостазиограмма. Исследование углеводного и липидного обмена.
3. После получения результатов исследования - решить вопрос о назначении ЗГТ. Показана терапия эстрогенами в комбинации с прогестагенами в циклическом режиме.

Клиническая задача № 8

Больная Б. 30 лет поступила с жалобами на сухость во влагалище, снижение либидо, приливы, отсутствие менструации в течение года, раздражительность, вторичное бесплодие. Из анамнеза год назад было произведена двухсторонняя овариоэктомия в связи с двухсторонним гнойным тубооовариальным образованием.
Гинекологический осмотр: Наружные половые органы правильно развиты. Шейка матки цилиндрической формы, матка нормальных размеров, безболезненная при пальпации. Придатки отдельно с обеих сторон не определяются. Своды свободные.

1. Ваш предварительный диагноз
2. План обследования
3. Определите тактику введения и лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 8

1. Постовариоэктомический синдром
2. УЗИ органов малого таза. Маммография. Цитология шейки матки. Гемостазиограмма. Исследование углеводного и липидного обмена.
3. Показана заместительная гормонотерапия в циклическом режиме до наступления возраста естественной менопаузы (до 47-50 лет) с обязательным динамическим контролем.

Клиническая задача № 9

Больная 34 лет обратилась к гинекологу по поводу вторичного бесплодия. Данные анамнеза: менструации регулярные с 13 лет, через 26-28 дней, по 5-б дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке 10 лет, от беременности не предохраняется на протяжении последних трех лет. Муж обследован, фертилен. Беременностей -2, в возрасте 27 и 33 лет

перенесла две операции по поводу трубной беременности с удалением маточных труб.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 9

1. Бесплодие вторичное. **Трубный фактор.**
2. Данной супружеской паре может быть предложено экстракорпоральное оплодотворение

Клиническая задача № 10

В женскую консультацию обратилась 28-летняя замужняя женщина, имеющая одного полового партнера, с просьбой подобрать метод контрацепции. Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Имеет одного ребенка. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете по поводу хронического тромбофлебита нижних конечностей.

1. Какое обследование целесообразно провести перед назначением контрацепции?
2. Какой вид контрацепции является эффективным и безопасным в данном случае?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 10

1. УЗИ органов малого таза. Исследование на ИППП. Цитология шейки матки. Гемостазиограмма. Исследование углеводного и липидного обмена.
2. Предпочтительным является применение внутриматочной контрацепции (ВМС).

Клиническая задача № 11

Больная Е., 48 лет обратилась с жалобами на обильные менструации, общую слабость. 6 лет назад впервые была обнаружена миома матки (размерами с 6 недель беременности). ПМ пришла в срок, но продолжается уже 10 дней. Половая жизнь с 20 лет - было 2 беременности, обе закончились искусственными абортами.

Общее состояние удовлетворительное, пульс 96 уд/ мин., АД -120/80 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Матка увеличена до 13 недель беременности, плотная, бугристая, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненная,

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?

3. Определите тактику введения и лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 11

1. Множественная миома матки. АМК. Постгеморрагическая анемия?
2. УЗИ органов малого таза. Общеклинические исследования. Гемостазиограмма. Определение онкомаркеров. МРТ органов малого таза.
3. Пациентке показано оперативное лечение.

Клиническая задача № 12

Больная П., 27 лет, обратилась к гинекологу по поводу бесплодия. Менструации с 13 лет нерегулярные, скудные. Половая жизнь с 20 лет без предохранения, беременностей не было. В 12 лет перенесла плеврит. В течение последнего года беспокоят постоянная усталость, снижение аппетита, снижение массы тела, временами субфебрильная температура. Для определения проходимости маточных труб была проведена гистеросальпингография. На ГСГ: сегментированные маточные трубы в виде “жемчужного ожерелья” с дивертикулами и негомогенными тенями в дистальных отделах.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Определите особенности диагностических и лечебных мероприятий.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 12

1. Генитальный туберкулез.
2. Рентгенография легких. Консультация фтизиатра. Лечение генитального туберкулеза проводят в специализированных учреждениях. Химиотерапия следующими препаратами: рифампицин, фтивазид, изониазид, этамбутол, ПАСК и др. Химиотерапию подбирают индивидуально с учетом формы заболевания, переносимости препарата, возможного развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

Клиническая задача № 13

Больная Г., 40 лет, обратилась к гинекологу по поводу нарушений менструального цикла, обильных менструаций, обнаружения миомы матки при диспансерном обследовании. В гинекологическом отделении городской больницы проведено выскабливание полости матки, при котором обнаружена миома матки с субмукозным расположением узла. Через 2 дня внезапно ночью началось кровотечение из половых путей

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования.
3. Тактика ведения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 13

1. Субмукозная миома матки.
2. УЗИ органов малого таза. Гистероскопия. Гемостазиограмма.

3. Показано оперативное лечение. Предполагаемый объем оперативного вмешательства – надвлагалищная ампутация матки без придатков.

Клиническая задача № 14

Пациентка 38 лет. Миома матки обнаружена 2 года назад, заметного роста не отмечается. При поступлении - беспокоят боли внизу живота, лейкоцитоз до 12 000. Положительный симптом Щеткина. При двуручном исследовании матка увеличена до 10 недель беременности, бугристая, болезненная при пальпации в проекции одного из миоматозных узлов. Выделения светлые.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика ведения и лечения пациентки?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 14

1. Миома матки. Нарушение трофики миоматозного узла.
2. УЗИ органов малого таза.
3. Показано оперативное лечение. Планируемая операция надвлагалищная ампутация матки без придатков. Возможно расширение объема оперативного вмешательства в процессе операции. Окончательные объем операции определяется после лапаротомии.

Клиническая задача № 15

Больная Б., 25 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильную боль в нижних отделах живота, с иррадиацией в прямую кишку, на периодически повторяющуюся тошноту, головокружение, отмечает однократный эпизод потери сознания. Последняя менструация прошла две недели назад. Общее состояние удовлетворительное. АД 100/60 мм. рт. ст. PS- 96 ударов в минуту. Язык влажный, живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга - положительный.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки не эрозирована. Тело матки в anteflexio, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Слева определяется образование, тестоватой консистенции, размеры 3х4 см болезненное при пальпации. Справа придатки не определяются, область их расположения безболезненна. Своды свободны, параметрий не инфильтрирован.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 15

1. Апоплексия левого яичника.
2. Апоплексию яичников необходимо дифференцировать с: перекрутом ножки кисты яичника, внематочной беременностью, разрывом эндометриодной кисты яичников.

Диагностика. Диагноз ставится на основании данных общего анализа крови, уровня В-субъединицы ХГ в сыворотке, результатов УЗИ малого таза и кульдоцентеза.

3. Экстренная хирургическая помощь, инфузионная терапия, лапаротомия, резекция левого яичника.

Клиническая задача № 16

Больная В., 32 лет, жалуется на скудные кровяные выделения в течение одного месяца после искусственного аборта, повышение температуры тела до 38˚С.

Менструации с 14 лет, по 4 -5 дней через 28 дней, последние - 3 мес. назад. Имела 5 беременностей (2 родов и 3 искусств, аборта). После последнего (в сроке 8 недель) была выписана в день производства операции.

Общее состояние удовлетворительное, пульс - 72 уд/мин, температура нормальная.

Гинекологическое исследование: влагалищная часть шейки матки патологических изменений, выделения из цервикального канала кровяные. Матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижная, болезненная при пальпации. Придатки не определяются, область их безболезненна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Определите тактику введения и лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 16

1. Постабортный метроэндометрит.
2. УЗИ органов малого таза. Общеклинические исследования. Гемостазиограмма. Микроскопические и бактериологические исследования.
3. Пациентке показано проведение противовоспалительного лечения в условиях стационара с использованием антибиотиков широкого спектра и препаратов группы метронидазола.

Клиническая задача № 17

Больная 25 лет, доставлена в гинекологическое отделение экстренно с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота. Боли появились через 5 часов после медицинского аборта, проведенного в дневном стационаре при сроке беременности 8 недель. Ранее было 2-е родов и 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания отрицает. Общее состояние удовлетворительное, пульс 80 в мин., А/Д -120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Гинекологическое исследование: влагалищная часть шейки матки не эрозирована, наружный

зев закрыт, выделения кровяные, в умеренном количестве. Матка увеличена до 12 недель беременности, округлая, болезненная при пальпации, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, параметрий не инфильтрирован.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Определите тактику введения и лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 17

1. Остатки плодного яйца?
2. УЗИ органов малого таза. Общеклинические исследования. Гемостазиограмма. Микроскопические и бактериологические исследования.
3. Пациентке показано повторное выскабливание полости матки для удаления остатков плодного яйца и проведение противовоспалительного лечения в условиях стационара с использованием антибиотиков широкого спектра и препаратов группы метронидазола.

Клиническая задача № 18

Беременной Б., 31 года производился искусственный аборт при сроке беременности 10 недель. После удаления плодного яйца произведена ревизия полости матки. Заканчивая процедуру, доктор понял, что кюретка прошла за пределы матки в области дна. Состояние женщины удовлетворительное. Признаков внутреннего кровотечения и раздражения брюшины нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Определите врачебную тактику

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 18

1. Перфорация матки?
2. Показана диагностическая лапароскопия в экстренном порядке. Объем оперативного вмешательства решается интраоперационно.

Клиническая задача № 19

Беременная А., 25 лет пришла на прием в женскую консультацию. Гестационный срок - 13-14 недель беременности. Последний раз на приеме у врача была в 8 недель. На сроке беременности 9-10 недель перенесла ОРВИ с высокой температурой. Самочувствие и общее состояние беременной в момент осмотра удовлетворительное. При гинекологическом исследовании: матка соответствует 10 неделям беременности, плотная, безболезненная при пальпации. Цервикальный канал закрыт. Выделений нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?

3 Тактика ведения

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 19

1.Неразвивающаяся беременность.
2. Госпитализация. УЗИ органов малого таза с целью уточнения диагноза. Исследование гемостаза.
3. Тактика ведения - выскабливание полости матки, противовоспалительная терапия. В последующем обследование на АФС, генетические формы тромбофилии, гормональные исследования, исследование на вирусные инфекции (герпес, ЦМВ).

Клиническая задача № 20

Больная 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, обильные беловатые выделения из половых путей с неприятным «рыбным» запахом. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация прошла 3 недели назад. Половая жизнь с 21 года, одни роды и один аборт без осложнений. Гинекологические и соматические заболевания отрицает. Общий статус без патологии. Гинекологическое исследование: слизистая влагалища и шейки матки бледно-розовой окраски, выделения обильные тягучие, белого цвета, покрывающие стенки влагалища. Влагалищная часть шейки матки не эрозирована, цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Область придатков без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3 Тактика ведения

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 20

1. Бактериальный вагиноз. Гарднерелез.
2. Для клинической постановки диагноза необходимо наличие комплекса критериев Амселя: pH влагалища более 4,5; наличие ключевых клеток при микроскопии «ключевых клеток»; положительный тест с 10% раствором гидроксида калия.
3. Бактериальный вагиноз- является состоянием дисбиоза влагалища, при этом значительно уменьшаются колонии лактобактерий и возрастет численность условно-патогенных микроорганизмов. Лечение местное с применением метронидазола и клиндацимина.

Клиническая задача № 21

Больная 54 лет, менопауза 4 года. В анамнезе - 2 родов и 4 медицинских аборта. Последние 4-5 месяцев отмечает увеличение живота, тяжесть в животе. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые, обычной окраски. АД 140/90 мм рт ст., пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме, при пальпации над лоном, больше справа, определяется образование тугоэластической

консистенции с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 10 см в диаметре. При УЗИ - обнаружено округлое образование, исходящее из правых придатков, с ровными краями, анэхогенным содержимым, без каких-либо включений. Матка и левые придатки без особенностей. Бимануальное исследование: шейка матки без патологических изменений, зев закрыт, матка обычной величины, плотная, несколько смещена влево, безболезненная, придатки слева без изменений, справа в области придатков определяется опухолевидное образование округлой формы, с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 9-10 см в диаметре, своды свободные, выделения из половых путей слизистые.

Диагноз? Тактика ведения?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 21

Диагноз: Образование правого яичника. (Серозная цистаденома?)
Тактика ведения – анализ крови на СА-125, цитология мазков с шейки матки, при наличии жидкости в малом тазу - пункция через задний свод влагалища.
Задача предоперационного обследования – исключение метастатического поражения яичников (гастроскопия, колоноскопия, МРТ органов малого таза с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, мочевого пузыря, рентгенография органов грудной клетки)

Клиническая задача № 22

Больной 25 лет, менструальная функция не нарушена. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 5 месяцев назад при УЗИ. Доставлена по «скорой» с жалобами на резкие боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели. Температура нормальная, при бимануальном исследовании - влагалище, шейка матки без особенностей, справа в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при пальпации, ограниченно подвижное, размерами до 8 см в диаметре, своды свободны, выделения слизистые.

Диагноз? Тактика ведения?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 22

Диагноз: Киста правого яичника? Перекрут ножки объемного образования яичника?
Тактика ведения: УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Учитывая размер образования и болевой синдром, показана оперативное лечение; учитывая возраст – овариоэктомия на стороне поражения, срочное интраоперационное гистологическое исследование для решения вопроса о необходимости расширения объема оперативного лечения.

Клиническая задача № 23

Больная 32 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа. Боли беспокоят в течение 3-х месяцев. Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 4-5 дней, болезненные. Последние 6 месяцев отмечает нерегулярные менструации. Половая жизнь с 18 лет, одни роды, 2 аборта. Неоднократно лечилась стационарно по поводу воспалительного процесса придатков матки. При бимануальном исследовании: тело матки и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется образование округлой формы до 6 см в диаметре, малоболезненное при пальпации, подвижное. Данные УЗИ исследования: в проекции правого яичника - образование однокамерное, с тонкой капсулой, с гомогенным содержимым.

Диагноз? План ведения?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 23

Диагноз: Киста правого яичника? Серозная цистаденома?

План ведения: гастроскопия, колоноскопия, МРТ органов малого таза с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, мочевого пузыря, рентгенография органов грудной клетки

Тактика лечения– оперативное лечение в плановом порядке (резекция яичника).

Клиническая задача № 24

Больная 28 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота больше слева, ноющего характера. Из анамнеза: 2 месяца назад - медицинский аборт в сроке 9-10 недель, осложнившийся постабортным эндометритом. В течение месяца беспокоят боли внизу живота ноющего характера. При бимануальном исследовании: тело матки и правые придатки не изменены. В области левых придатков определяется образование округлой формы, мягкоэластической консистенции до 5-6 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника - однокамерное образование, с плотной капсулой со взвесью, до 5 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 24

Диагноз: Рак левого яичника? Эндометриоидная киста? Пиовар?

Тактика ведения – онкомаркеры (СА-125, СА19-9, РЭА, НЕ4), лапароскопия: при обнаружении признаков эндометриоза («шоколадные» кисты) – иссечение кисты.

При подозрении на злокачественный характер удаление яичника со срочным интраоперационном гистологическим исследованием исследование для решения вопроса о необходимости расширения объема оперативного лечения.

При обнаружении пиовара- удаление пораженных придатков матки, антибактериальная и противовоспалительная терапия

Клиническая задача № 25

Больная 49 лет, обратилась с жалобами на кровяные выделения из половых путей после половых сношений. В анамнезе 4 беременности: 2 родов и 2 аборта. 2-е роды осложнились разрывами шейки матки, накладывались швы. Аборты без осложнений. Гинекологический статус - наружные половые органы развиты правильно. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища чистые. Шейка увеличена, рубцово деформирована. На передней губе шейки имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», 2х2 см, кровоточит при контакте. При бимануальном и ректо-вагинальном исследовании тело матки обычных размеров, область придатков безболезненна, ампула кишки свободна, слизистая подвижная, инфильтратов и опухолевых образований в малом тазу нет.

Диагноз? Тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 25

Диагноз: Рак шейки матки.

Тактика ведения – Пап-мазок, кольпоскопия, проба с уксусной кислотой, проба Шиллера, биопсия шейки матки. Для определения стадии обязательными исследованиями являются: рентген грудной клетки, УЗИ органов малого таза, мочевого пузыря, колоноскопия, МРТ органов малого таза, гистероскопия+ раздельное диагностическое выскабливание. Дальнейшее ведение пациентки осуществляется онкогинекологом.

Клиническая задача № 26

В стационар поступила женщина 68 лет с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят женщину уже в течение 8 месяцев. 3 дня назад выделения стали обильными, со сгустками. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация в 50 лет. При осмотре в зеркалах шейка матки б/о. Из цервикального канала скудные кровяные выделения. При бимануальном исследовании влагалище нерожавшей, шейка - конической формы, движения за шейку матки безболезненные. Матка несколько больше нормы, обычной консистенции. Придатки не пальпируются. Своды свободны. При ректально-абдоминальном исследовании инфильтратов в малом тазу нет.

Диагноз? Тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 26

Диагноз: Рак эндометрия?

Тактика ведения: онкомаркеры (СА125, РЭА), УЗИ органов малого таза и брюшной полости, МРТ органов малого таза, гистероскопия +раздельное диагностическое выскабливание с последующей гистологией.

При подтверждении диагноза дальнейшее ведение пациентки осуществляется онкогинекологом.

Клиническая задача № 27

Больная 60 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят больную непостоянно, в течение последних 3-х месяцев. Менопауза 10 лет. Беременностей 2, закончилась срочными родами без осложнений. Из объективных данных обращает на себя внимание избыточный вес (100 кг при росте 160 см), повышение сахара крови до 8 ммоль/л, артериальная гипертензия - 150/70 мм рт. ст. При гинекологическом исследовании патологии не выявлено.
Диагноз? Тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 27

Диагноз - ДМК постменопаузального периода. Рак эндометрия?

Тактика ведения –онкомаркеры (СА-125, РЭА), УЗИ органов малого таза и брюшной полости, МРТ органов малого таза, рентгенография органов грудной клетки, гистероскопия +раздельное диагностическое выскабливание с последующей гистологией.

При подтверждении диагноза дальнейшее ведение пациентки осуществляется онкогинекологом.

Клиническая задача № 28

Больная 32 лет, доставлена в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов и мочеиспускания. Боли режущего характера, начались ночью, была кратковременная потеря сознания. Из анамнеза - менструации регулярные, безболезненные. ПНМ 2 недели назад, беременностей - 2, окончились срочными родами.
Объективно: учащение пульса до 110 ударов в минуту, повышение t до 37,5 С, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль с нечеткими контурами в левой половине живота при осмотре наружных половых органов, а также при помощи зеркал шейки и стенок влагалища патологии не выявлено. При бимануальном исследовании обнаружено, что влагалище рожавшей, шейка плотная цилиндрической формы, зев закрыт, матка в anterversio-flexio, несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний полюс опухоли, 10х12 см, тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны.

Диагноз? Тактика ведения?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 28

Диагноз: Опухоль яичника? Перекрут ножки опухоли? Разрыв опухоли?
Тактика ведения – общий анализ крови (cito – Hb, Ht, leu,СОЭ), СА-125, УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости.
Овариоэктомия с одной стороны при доброкачественном процессе.
При подозрении на злокачественность – экстирпация матки с придатками, со срочным интраоперационным гистологическим исследованием для решения вопроса о необходимости расширения объема оперативного лечения.

Клиническая задача № 29

В гинекологическое отделение доставлена больная 60 лет, жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. Мочеиспускание сопровождается болями. Акт дефекации затруднен. В моче и кале присутствует кровь. Больна больше года.

Состояние средней тяжести PS - 90 /мин, слабого наполнения. АД -90/60 мм ртст, Т 37,2. Больная истощена. Кожа и видимые слизистые бледные. Через переднюю брюшную стенку в гипогастральной области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Гинекологическое исследование: осмотр в зеркалах: влагалище укорочено, на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев» при ректо-вагинальном исследовании: влагалище сужено, стенки инфильтрированы, на месте шейки кратер с плотными краями. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, доходящей до стенок таза с двух сторон, неподвижный, чувствительный. В параметрии с двух сторон инфильтраты, достигающие стенок таза.

Диагноз? Тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 29

Диагноз: Рак шейки матки.

Тактика ведения: Расширенная кольпоскопия, биопсия шейки матки и выскабливание цервикального канала, компьютерная томография органов грудной клетки и костей скелета, общее клинико- лабораторное обследование.

Симптоматическое лечение, лучевая терапия.

Клиническая задача № 30

В гинекологический стационар поступила больная 54 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 1 года. В анамнезе - менструации с 14 лет, регулярные, по 3-4 дня, через 30 дней. Менопауза 4 года. 2 года назад было кровотечение, по поводу которого произведено раздельное диагностическое выскабливание, при гистологическом исследовании обнаружены железисто-кистозные полипы эндометрия.При УЗИ м/таза обнаружено МЭХО =1,5 см. При гинекологическом исследовании наружные половые органы, стенки влагалища и шейка матки без патологии. При бимануальном исследовании матка маленькая, подвижная, безболезненная.

Диагноз? Тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 30

Диагноз: Рецидивирующая гиперплазия эндометрия? Рак тела матки?

Тактика ведения – гистероскопия+ раздельное диагностическое выскабливание (установить тип гиперплазии, исключить рак эндометрия). После чего решить вопрос об объеме оперативного лечения. Показанием к гистерэктомии служит рецидивирующая гиперплазия.

Клиническая задача № 31

Больная 28 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации. Менархе с 14 лет, по 5 дней, через 30 дней, умеренные, болезненные. Р – 0, 1 самопроизвольный выкидыш. В возрасте 20 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция левого яичника. Результатов гистологии нет. Последняя менструация в срок, протекала без особенностей. Слизистая влагалища физиологической окраски. Шейка матки визуально не изменена. Матка в антефлексио, ограничена в подвижности, нормальных размеров, безболезненна, слева и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование размерами 8×6 см, тугоэластической консистенции, мало подвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Правые придатки не увеличены.

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Определить лечебную тактику.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 31

1. Эндометриоидная киста левого яичника
2. Тубоовариальное образование воспалительной этиологии, эктопическая беременность, доброкачественная и злокачественная опухоль яичника, параовариальная киста.
3. УЗИ органов малого таза; анализ крови на онкомаркеры СА 125, СА 19-9, РЭА, НЕ4 ; МРТ органов малого таза
4. Лечебно – диагностическая лапароскопия

Клиническая задача № 32

Больная Б. 30 лет поступила с жалобами на сухость во влагалище, снижение либидо, приливы, отсутствие менструации в течение года, раздражительность.

Из анамнеза год назад было произведена двухсторонняя овариоэктомия в связи с двухсторонним гнойным тубооовариальным образованием.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 70 уд.в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Кожные покровы нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические оправления в норме.

Гинекологический осмотр**:** Наружные половые органы правильно развиты. Шейка матки цилиндрической формы, матка нормальных размеров, безболезненная при пальпации. Придатки отдельно с обеих сторон не определяются. Своды свободные.

1. Ваш предварительный диагноз
2. План обследования
3. Определите тактику введения и лечения пациентки.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 32

1. Посткастрационный синдром
2. Модифицированный менопаузальный индекс, уровень ЛГ, ФСГ, эстрадиола. При необходимости прибегают к дополнительным методам диагностики психоэмоциональных (опрос, тестирование), урогенитальных нарушений (уродинамическое обследование, УЗИ, цистоскопия), остеопороза (денситометрия, рентгенография).
3. ЗГТ, транквилизаторы (Диазепам, Феназепам).

Клиническая задача № 33

Больная 24 лет обратилась к гинекологу с жалобами на выделения из половых путей зеленоватого цвета, зуд в области уретры, болезненное и учащеное мочеиспускание.
Анамнез: Больна в течение 10 дней, в последние 3 дня симптомы обострились. Менструации с 13 лет, без нарушений. Последняя менструация 20 дней назад. Половая жизнь с 20 лет, вне брака. Контрацепция - марвелон в течение 1,5 лет.
Объективное обследование: По органам и системам без патологии.
Гинекологический осмотр: слизистые влагалища и влагалищной части шейки матки гиперемированы. Наружный зев закрыт. Выделения серозно-гнойные, умеренные. Бимануально: матка и придатки без патологии. Инфильтратов и уплотнений в малом тазу нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования для уточнения диагноза
3. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 33

1. Инфекция передающаяся половым путем. Хламидиоз?
2. Бактериоскопия, ПЦР-диагностика, бактериальный посев из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам
3. Антибактериальная терапия антибиотиком широкого спектра действия, с последующей коррекцией схемы лечения после получения результатов обследования. Повторная ПЦР, бактериоскопическая и бактериологическая диагностика через 2 недели после окончания лечения.

Клиническая задача № 34

Больная 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, творожистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 2 недели назад.
Из анамнеза: половая жизнь с 21 года, одни роды и один аборт без осложнений. Гинекологические болезни отрицает.
Объективное обследование: Общий статус без патологии.
Гинекологический статус: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемированы, отечны. Имеются белесоватые налеты, которые легко

снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида.
Влагалищная часть шейки матки не эрозирована, цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Область придатков без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 34

1. Кандидозный вульвовагинит
2. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование, ПЦР-диагностика на ИППП

Лечение – противокандидозная терапия (флуконазол 150 мг перорально однократно), с последующей коррекцией схемы лечения после получения результатов обследования.
Повторная ПЦР, бактериоскопическая и бактериологическая диагностика через 2 недели после окончания лечения.

Клиническая задача № 35

Больная 23 года. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение в области вульвы и промежности. Заболела 5 дней назад после полового акта.
Анамнез: Менструальный цикл не нарушен.
Объективное обследование: Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст.
Гинекологический осмотр: слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, серо-желтого цвета, пенистые. При влагалищном исследовании движение за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 35

1. Урогенитальный трихомониаз
2. Микроскопическое исследование, ПЦР-диагностика.
   Лечение - антибактериальная терапия (метронидазол 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Обследование и лечение половых партнеров. Повторное микроскопическое исследование через 14 дней после окончания лечения или повторная ПЦР-диагностика не ранее чем через месяц после окончания лечения.

Клиническая задача № 36

Больная 45 лет. Жалобы на кровомазание вне цикла, появившиеся 2 месяца назад, усиливающиеся после половых актов; периодически тянущие боли в

нижних отделах живота. Половая жизнь с 17 лет, состоит в браке. 7 месяцев назад была поставлена внутриматочная рилизинг-система «Мирена» с контрацептивной целью.
Температура нормальная, пульс 72 удара в минуту, АД 120/75 мм рт. ст.
Гинекологический осмотр: Слизистая влагалища и шейки матки физиологической окраски. Из наружнего зева визуализируются нити ВМС, на 4 см от наружнего зева. Выделения сукровичные. Матка кзади, умеренно болезненна при пальпации, не увеличена. Область придатков безболезненна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимое дообследование
3. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 36

1. Экспульсия ВМС
2. УЗИ органов малого таза
3. Удаление внутриматочной рилизинг-системы

Клиническая задача № 37

Больная 21 год. Жалобы на тянущие боли в нижних отделах живота, появившиеся накануне, задержку очередной менструации на 3 дня.
Анамнез: Половая жизнь с 17 лет, состоит в браке. Менструации с 14 лет, регулярные, через 27-29 дней, по 4-5 дней. Контрацепция- прерванный половой акт.
Объективное обследование: Температура нормальная, пульс 72 удара в минуту, АД 110/75 мм рт. ст.
Гинекологический осмотр: Слизистая влагалища физиологической окраски. Слизистая шейки матки цианотична. Выделения бели, умеренно, без запаха. Матка в срединном положении, безболезненна при пальпации, не увеличена. Область придатков безболезненна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимое дообследование для подтверждения диагноза.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 37

1. Беременность неясной локализации
2. Тест на В-ХГЧ, УЗИ органов малого таза, бактериоскопическое исследование

Клиническая задача № 38

Больная 34 года. Жалобы на нециклические кровянистые выделения из половых путей, беспокоящие её в течение 3-х месяцев.
Анамнез: Половая жизнь с 17 лет, состоит в браке. Менструации с 14 лет, регулярные, через 27-29 дней, по 4-5 дней. В анамнезе прерывание беременности на сроке 10-11 недель, РДВ год назад.
Объективное обследование: Температура нормальная, пульс 72 удара в

минуту, АД 110/75 мм рт. ст.
Гинекологический осмотр: Слизистая влагалища физиологической окраски. Слизистая шейки матки цианотична. Выделения бели, умеренно, без запаха. Матка в anteflexio, не увеличена, чувствительна при пальпации.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимое дообследование для подтверждения диагноза.
3. Тактика ведения

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 38

1. Аномальное маточное кровотечение в репродуктивном периоде (Межменструальные выделения на фоне регулярного цикла более характерны при полипе эндометрия, хроническом эндометрите, овуляторной дисфункции). Учитывая раздельное диагностическое исследование в анамнезе, более вероятен диагноз хронического эндометрита.
2. УЗИ органов малого таза, уровень прогестерона на 21-й день, аспирационная биопсия эндометрия в 1-ю фазу цикла, гистероскопия+ раздельное диагностическое исследование, бактериологический посев из полости матки.
3. Антибактериальные, спазмолитические средства, НПВС, гормональная контрацепция в течение 2-3 менструальных циклов, физиотерапия.

Клиническая задача № 39

Больная 23 года. Жалобы на обильные выделения из половых путей, с «рыбным запахом».
Анамнез: Менструальный цикл не нарушен.
Объективное обследование: Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст.
Гинекологический осмотр: слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, серо-желтого цвета, со специфическим «рыбнам» запахом. При влагалищном исследовании движение за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 39

1. Бактериальный вагиноз
2. Определение РН влагалищного содержимого, мазок на флору. Лечение-антибактериальная терапия (клиндамицин, крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 7 дней). Бактериоскопический контроль через 2 недели после окончания лечения

Клиническая задача № 40

Больная 23 года. Жалобы на образование в области большой половой губы слева, появившееся месяц назад. Анамнез: Менструальный цикл не нарушен. 2 месяца назад была проведена пластическая операция на больших половых губах.
Объективное обследование: Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Гинекологический осмотр: слизистая влагалища и шейки матки физиологической окраски. В области большой половой губы слева визуализируется округлое образование до 2 см в диаметре, вокруг отмечается гиперемия, отечность, при механическом воздействии – умеренная болезненность. При влагалищном исследовании движение за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 40

1. Абсцесс бартолиновой железы.
2. Противовоспалительная и антибактериальная терапия (общая и местная). Вскрытие. Дренирование абсцесса.

Клиническая задача № 41

Больная 25 лет. Поступила в стационар с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота справа. Менструальный цикл не нарушен. Задержка очередной менструации на 1, 5-2 недели. Тест на беременность «+», ХГЧ (по анализу крови) 560 мЕд/мл.
Объективное обследование: Кожные покровы бледные, температура 37.8, пульс 84 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах живота справа, живот напряжен. Гинекологический осмотр: слизистая влагалища физиологической окраски. Шейка цианотична. Тело матки не увеличено. В области левых придатков болезненности не отмечается. При пальпации правых придатков отмечается выраженная болезненность (глубокая пальпация не представляется возможной). Выделения бели, умеренно, без запаха.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 41

1. Нарушенная внематочная беременность.
2. Оперативная: лапароскопия.

Клиническая задача № 42

Пациентка 24 года обратилась с жалобами на отсутствие менструаций в течение года, слабость, периодическое повышение артериального давления до 130/85 мм. рт. ст.
Анамнез: Менструальный цикл был не нарушен. Год назад –защита

диплома (со слов пациентки в связи с этим – сильный стресс), после чего отмечает данное нарушение менструального цикла. Объективное обследование: Кожные покровы бледные, температура 36.5, пульс 71 удар в минуту, АД 115/75 мм рт. ст.
Гинекологический осмотр: слизистая влагалища и шейки матки физиологической окраски. Тело матки не увеличено. В области левых придатков болезненности не отмечается. При пальпации области придатков безболезненны. Выделения бели, умеренно, без запаха.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Методы диагностики
3. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 42

1. Функциональная гипоталамо-гипофизарная аменорея
2. УЗИ органов малого таза, оценка уровня ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, ТТГ
3. Ликвидация стрессового фактора и снижения реакции на него с помощью психотерапии и «малых» транквилизаторов. Низкодозированная заместительная гормональная терапия

Клиническая задача № 43

Больная 43 года. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течение последнего года. Анамнез: Половая жизнь с 18 лет, состоит в браке. Менструации с 14 лет, регулярные, через 27-29 дней, по 4-5 дней. Контрацепция- барьерная. 4 года назад была диагностирована миома матки (интерстициальная локализация миоматозного узла) 3х2,8 см. На приеме проведено УЗИ ОМТ: Полость матки деформирована миоматозным узлом 4,2х3,5 см, так же визуализируются множественные миоматозные узлы (3 узла): субсерозной локализации 2х3 см, интерстициальный узел 2,3х1,5 см, субсерозный узел 4х2 см.
Гинекологический осмотр: Слизистая влагалища и шейки матки физиологической окраски. Выделения бели, умеренно, без запаха. Матка в срединном положении, безболезненна при пальпации, значительно увеличена. Область придатков безболезненна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения пациентки

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 43

1. Множественная миома матки
2. Анализ крови для выявления возможной анемии. Удаление миоматозного узла . Гистерорезектоскопия +раздельное диагностическое выскабливание

Клиническая задача № 44

Больная 23 года. Жалобы на тянущие боли в нижних отделах живота справа, появившиеся 2 месяца назад. Половая жизнь с 18 лет, состоит в браке. Менструации с 14 лет, регулярные, через 27-29 дней, по 4-5 дней.

Контрацепция- барьерная. Температура нормальная, пульс 74 удара в минуту, АД 110/75 мм рт. ст. По данным УЗИ ОМТ (на 5-й день менструального цикла): в области правого яичника визуализируется округлое образование до 6 см в диаметре, с гетерогенным содержимым, четкими 3 гиперэхогенными включениями до 6-7 мм. Слизистая влагалища физиологической окраски. Слизистая шейки матки цианотична. Выделения бели, умеренно, без запаха. Матка в срединном положении, безболезненная при пальпации, не увеличена. Область придатков слева безболезненна, справа пальпируется образование до 7 см в диаметре, ограничено подвижное, умеренно болезненное при пальпации.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимое дообследование для подтверждения диагноза.
3. Тактика ведения

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 44

1. Эндометриоидная киста яичника?
2. Анализ крови на онкомаркеры: HE4, CA 125, CA 19-9, РЭА. МРТ органов малого таза, гастроскопия, колоноскопия, рентгенография органов грудной клетки
3. Оперативная: лапароскопия, цистэктомия. При подозрении на онкологический процесс- экстренная интраоперационная гистология

Клиническая задача № 45

Больная 32 года. Жалобы на кровомазание вне цикла, появившиеся 4 месяца назад, кровомазание после менструации в течение 4-5 дней.
Анамнез: Половая жизнь с 19 лет, состоит в браке. 11 месяцев назад был диагностирован полип цервикального канала, проведено раздельное диагностическое выскабливание, полипэктомия.
Объективное обследование: Температура нормальная, пульс 62 удара в минуту, АД 115/70 мм рт. ст.
Гинекологический осмотр: Слизистая влагалища и шейки матки физиологической окраски. Из наружнего зева визуализируется образование до 6 мм в длину, розового цвета, кровоточит при механическом воздействии. Выделения сукровичные. Матка anteflexio, безболезненная при пальпации, не увеличена. Область придатков безболезненна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 45

1. Полип цервикального канала. Рецидив
2. Гистероскопия+ полипэктомия+раздельное диагностическое выскабливание. После получения результата гистологического исследования решить вопрос о назначении гормональной терапии для профилактики рецидива.

3.

Клиническая задача № 46

Больная 28 лет. Жалобы на высыпания на правой большой половой губе, зуд и дискомфорт при механическом воздействии на них, появившиеся через 1-2 для после полового акта с новым половым партнером. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь вне брака с 17 лет, от беременности не предохраняется, беременностей не было.

Объективное обследование: Температура нормальная, пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Гинекологический осмотр: На большой половой губе справа визуализируется 3-и «пузырька» с гиперемией по периферии, с прозрачной жидкостью внутри, вызывающие «пощипывание» при механическом воздействии. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Матка в срединном положении, подвижна, плотная, с гладкими краями, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, безболезненные.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 46

1. Генитальный герпес
2. ПЦР-диагностика. Лечение – противовирусные препараты (валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7—10 дней или ацикловир 200 мг 5 раз в день ли 400 мг 3 раза в день 7-10 дней).

Клиническая задача № 47

Больная, 27 лет, обратилась к гинекологу по поводу бесплодия. Из анамнеза: Менструации с 13 лет нерегулярные, скудные. Половая жизнь с 20 лет без предохранения, беременностей не было. В 12 лет перенесла плеврит. В течение последнего года жалобы на постоянную усталость, снижение аппетита, похудание, временами субфебрильная температура. Для определения проходимости маточных труб произведена гистеросальпингография. Обнаружено: сегментированные маточные трубы в виде “жемчужного ожерелья” с дивертикулами и негомогенными тенями в дистальных отделах.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 96 уд. в мин., ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 47

1. Диагноз: Хронический двухсторонний сальпингоофрит. Генитальный туберкулез. Бесплодие 1. Женское бесплодие трубного происхождения
2. Тактика ведения и лечения – обследование и лечение в специализированном противотуберкулезном учреждении. Лечение не менее 4 противотуберкулезных препаратов одновременно на срок не

менее 6-и мес. (при множественной лекарственной устойчивости возбудителя – до двух лет).

Клиническая задача № 48

Больная 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 37,5° С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь вне брака с 17 лет, от беременности не предохраняется, беременностей не было. Заболела остро, на 7- й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 96 уд.в мин., ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения нет. Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечная, с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки утолщены с обеих сторон, болезненные, своды глубокие.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования для уточнения диагноза
3. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 48

1. Острый двусторонний сальпингоофорит. Острый цервицит. Уретрит. Гонокковая инфекция
2. Бактериоскопия мазков из уретры и канала шейки матки, ПЦР-диагностика (Chlamidia trahomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis), анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатит В и С, клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой, С-реактивный белок, общий анализ мочи, УЗИ органов малого таза
3. Антибактериальная, противовоспалительная (НПВП), инфузионная терапия (например, цефтриаксон 1 г 2 раза в сутки в\м в течение 14 дней, при улучшении клинической картины возможен переход на пероральный прием, например цефиксим 400 мг 1 раз в сутки суммарно в течение 14 дней). Если точная идентификация возбудителя не была проведена или не возможна, лечение должно проводится по схеме медикаментозной терапии при воспалительных заболеваниях малого таза, которая включает антибиотики, к которым чувствителен гонококк (цефтриаксон), хламидии и микоплазмы (например, доксициклин) и анаэробы (например, метронидазол), минимальная длительность лечения 14 дней

Клиническая задача № 49

Больная А., 45 лет поступила с жалобами на приливы, нарушение менструального цикла по типу опсоменореи, плаксивость, раздражительность в течение 6 месяцев. Менархе в 12 лет, менструации по 3-4дня, через 35 -45 дней, сразу установились, умеренные, безболезненные.

Рост 170см, вес – 60кг. Соматический анамнез не отягощен. Из гинекологического анамнеза ЗППП 10 лет назад. Половая жизнь с 20лет, вне брака. Беременностей – 3, родов – 3, без осложнений. Гинекологический осмотр: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, матка в срединном положении, нормальных размеров, безболезненная при пальпации. Область придатков без патологических изменений. Своды свободные, параметрий не инфильтрирован.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования для уточнения диагноза
3. Тактика ведения и лечения.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 49

1. Климактерический синдром
2. Изучение анамнеза с обращением внимания на онкологические заболевания, тромбоэмболии, заболевания печени. Измерение АД, определение ИМТ, окружности талии, липидограмма, глюкоза, клинический анализ крови, ЭКГ, определение уровня ФСГ, Е2, ТТГ, УЗИ органов малого таза, маммография, цитология
3. Менопаузальная гормональная терапия

Клиническая задача № 50

Больная Ш., 32 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темные кровянистые выделения из половых путей накануне менструации. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 27-29 дней), умеренные, болезненные. Половую жизнь ведет с 26 лет. Всего было три беременности: первая закончилась срочными родами, две последующие – искусственными абортами. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки имеет цилиндрическую форму, не деформирована. Наружный зев закрыт. На шейке матки видны узелковые, мелкокистозные образования багрово-синего цвета. Из отдельных образований отходят темные, кровянистые, скудные выделения. Матка шаровидной формы, крупнее нормы, безболезненная при пальпации. Придатки не определяются. Зона их безболезненная.

1) Поставьте предварительный диагноз.
2) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3) Предложите лечение больной.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 50

1. Диагноз: аденомиоз. Эндометриоз шейки матки.
2. Расширенная кольпоскопия, УЗИ органов малого таза на 5-8 и 20-22 дни цикла, МРТ органов малого таза
3. Иссечение очагов наружного эндометриоза на шейке матки. Гормональная терапия (возможные варианты: диеногест 2 мг в сутки в

непрерывном режиме или внутриматочная система Мирена или комбинированные гормональные контрацептивы при потребности в контрацепции)

Ситуационные задачи по акушерству для прохождения промежуточной аттестации

Клиническая задача №1

Беременная 24 лет доставлена в родильный дом из женской консультации с жалобами на плохое самочувствие.

Беременность первая. С 30 недель появилась неравномерная прибавка массы тела, отеки голеней. В 34 недели впервые отмечено повышение АД до 140/90 мм рт.ст. и протеинурия до 0,033‰.

При поступлении состояние средней тяжести. Пульс 100 ударов в мин., ритмичный, АД 160/100 мм. рт.ст. Срок беременности 37 недель. Матка не возбудима при пальпации, безболезненна. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Отеки голеней и стоп. Беременная госпитализирована в палату интенсивной терапии родового отделения.

При УЗИ: плод один, соответствует гестационному сроку. При допплерометрии установили двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях с дикротической выемкой. Шейка матки длиной до 2,5 см, отклонена кзади, наружный зев закрыт. При осмотре окулистом выявлена ангиопатия сетчатки и отек диска зрительного нерва.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 1

Диагноз: Беременность 37 недель.
Головное предлежание.
Преэклампсия тяжелой степени.
Плацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма.
Акушерская тактика:

1. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.
2. Комплексная терапия преэклампсии.

Клиническая задача №2

В родильном отделении находится роженица 24 лет . Беременность первая, доношенная. Состояние удовлетворительное. Рост 156 см, вес 68 кг. Размеры таза: 24-27-28-18. Ромб Михаэлиса 10*10см. Индекс Соловьева 15см.Окружность живота 100см,высота стояния дна матки 40 см над лоном. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд/мин. Первый период родов протекал без осложнений. Через 10 часов с момента начала родовой деятельности излились светлые околоплодные воды, схватки через 2-3 мин по 40-45сек, потужного характера.

Признак Вастена «положительный». Самостоятельное мочеиспускание затруднено.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к мысу, малый и большой роднички на одном уровне, на передней теменной кости определяется родовая опухоль. Мыс достигается. Диагональная коньюгата 10,5см.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 2

Диагноз: Беременность 40 недель.
II-ой период родов.
Тенденция к заднему виду.
Передний асинклитизм.
Общеравномерносуженный таз I-IIстепени.
Клинически узкий таз.
Крупный плод.
Акушерская тактика: Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Клиническая задача №3

Машиной скорой помощи в родильный дом доставлена беременная 28 лет в тяжелом состоянии. Срок беременности 37недель. Беременность первая, про текала с периодическим повышением артериального давления до 140/90-150/100мм. рт.ст.
с 34недель. Час тому назад появились распирающие боли в животе, скудные кровянистые выделения из половых путей.

Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 120уд/мин, слабого наполнения. АД 90/60мм. рт.ст.

Выраженные отеки голеней. Родовой деятельности нет. Матка при пальпации напряжена, болезненна. Определяется асимметрия за счет выбухания в области правого угла. Сердцебиение плода не выслушивается. Пальпация плода затруднена из-за выраженного напряжения и болезненности матки.

При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 2см, цервикальный канал пропускает 1 палец. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Выделения незначительные, кровянистые.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 3

Диагноз: Беременность 37 недель.
Головное предлежание.
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
Антенатальная гибель плода.
Акушерская тактика: Экстренное кесарево сечение.

Клиническая задача №4

В обсервационное отделение родильного дома доставлена беременная 25 лет со сроком беременности 24-25 недель. Предъявляет жалобы на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, периодический озноб, учащенное болезненное мочеиспускание.

Общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Отеков нет. АД 110/70-115/70 мм. рт.ст. При исследовании сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологии не выявлено. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140уд/мин.

Анализ мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактериурия.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 4

Диагноз: Беременность 24-25 недель.

Острый пиелонефрит справа.

Акушерская тактика:

1. Комплексная терапия острого пиелонефрита (антибактериальная, противовоспалительная, спазмолитическая и обезболивающая терапия)
2. Терапия, направленная на пролонгирование беременности.

Клиническая задача №5

В родильное отделение доставлена повторнородящая 27 лет с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Данная беременность третья, срок беременности 38-39 недель. В анамнезе одни своевременные роды и один искусственный аборт.

При наружном акушерском исследовании выявлено тазовое предлежание плода. Родовая деятельность активная, схватки через 3 минуты по 35-40 секунд. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечена брадикардия, ЧСС плода до 100 уд/мин.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 5 см, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается пульсирующая петля пуповины. Предлежат ягодицы плода слегка прижаты ко входу в малый таз.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 5

Диагноз: Беременность 38-39 недель.

Тазовое предлежание.

I-ый период родов.

Раннее излитие околоплодных вод.

Выпадение петель пуповины.

Акушерская тактика: Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Клиническая задача №6

В отделение патологии беременных поступила первородящая 25 лет со сроком беременности 39 недель. Беременность первая, протекала без осложнений. Данные анамнеза: С 10-летнего возраста у пациентки близорукость - миопия - 8D.В возрасте 22 лет была произведена склеропластика. В течение беременности отмечается ухудшение остроты зрения.

При осмотре: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Матка соответствует доношенной беременности, высота стояния дна матки 35 см над лоном, окружность живота 96см. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Беременная осмотрена окулистом: острота зрения OS: 0,06 (с коррекцией -9D=0,6),OD: 0,05 (с коррекцией -10D=0,5). Сетчатка по периферии истончена и с мелкими дистрофическими участками и перераспределением пигмента.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 6

Диагноз: Беременность 39 недель.

Осложненная миопия тяжелой степени. Состояние после склеропластики.

Акушерская тактика: кесарево сечение в плановом порядке (по показаниям со стороны матери)

Клиническая задача №7

Пациентка 39 лет поступила в отделение патологии беременности. Из анамнеза: беременность вторая, срок беременности 7-8 недель. Первая беременность (10 лет назад) осложнилась преэклампсией и закончилась своевременными родами, у ребенка при рождении отмечались признаки гипотрофии (масса 2500г, рост 47см). После родов стала отмечать периодическое повышение АД до 150-160/100 мм. рт.ст., сопровождавшееся головной болью, тошнотой, рвотой. Год назад перенесла динамическое нарушение мозгового кровообращения. АД 150/100 мм рт. ст. на обеих руках в течение последнего года. При осмотре: жалобы на тянущие боли внизу живота. Состояние удовлетворительное. Рост 162см, масса 98кг.АД 145/100-150/100 мм рт. ст. Пульс 78уд/мин, ритмичный. При аускультации сердца выслушивается акцент II тона над аортой, при перкуссии – расширение левой границы сердца. При электрокардиографическом исследовании выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка. Осмотр окулиста: ангиопатия сетчатки.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 7

Диагноз: Беременность 7-8 недель.

Артериальная гипертензия.
Ангиопатия сетчатки.
Акушерская тактика: Пациентке следует предложить прерывание беременности по медицинским показаниям.

Клиническая задача №8

В родильное отделение машиной скорой помощи доставлена первородящая женщина 21года с жалобами на излитие околоплодных вод 2 часа назад и регулярные схватки в течение часа.
Планировалась дородовая госпитализация в отделение патологии беременных в 38 недель, однако в день госпитализации произошло излитие околоплодных вод. Общее состояние удовлетворительное. Размеры таза 25-28-31-20см.Окружностьживота 100см, высота стояния дна матки над лоном36см. При наружном исследовании в дне матки определяется крупная баллотирующая часть плода, над входом в малый таз расположена мягкая крупная часть. Сердцебиение плода 130уд/мин, слева в ыше пупка. При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3см,
Плодного пузыря нет. Предлежат стопы и ягодицы плода, прижаты ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 8

Диагноз: Беременность 38 недель.
Смешанное ягодичное предлежание.
I-ый период родов.
Преждевременное излитие околоплодных вод.
Акушерская тактика: При хорошей родовой деятельности допустимо вести роды через естественные родовые пути с оказанием во втором периоде родов ручного пособия при смешанном ягодичном предлежании. При наличии других относительных показаний или при возникновении осложнений пересмотреть план ведения родов в пользу кесарева сечения. При возникновении осложнений во втором периоде родов произвести операцию экстракции плода за тазовый конец.

Клиническая задача №9

На учете в женской консультации состоит беременная 25 лет. В анамнезе один искусственный аборт и два самопроизвольных выкидыша в 18 и 20 недель беременности. При очередной явке в женскую консультацию предъявляет жалобы на схваткообразные боли внизу живота. Срок беременности 17 недель. Матка при пальпации воз будима. Беременная госпитализирована в стационар. При влагалищном исследовании отмечено укорочение шейки матки до 2см и размягчение ее на всем протяжении. Цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. При УЗИ: плод

соответствует сроку 17 недель беременности. Плацента по передней стенке матки; длина цервикального канала 2,5 см, внутренний зев имеет Y- образную форму и расширен до 2,4 см.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 9

Диагноз: Беременность 17 недель.
Угроза прерывания беременности.
Истмико-цервикальная недостаточность.
Акушерская тактика: Провести терапию, направленную на пролонгирование беременности и выполнить операцию наложения швов на шейку матки.

Клиническая задача №10

В акушерский стационар доставлена беременная в тяжелом состоянии с доношенной беременностью. Настоящая беременность 4-ая, роды первые. В анамнезе три искусственных аборта без осложнений.
Беременность протекала без осложнений в первом и втором триместре. При сроке беременности 34 недели у женщины появились отеки голеней, повышение АД до 150/100мм. рт.ст.
Сегодня утром в 9 часов внезапно при отсутствии родовой деятельности появились боли в животе и небольшие кровянистые выделения из половых путей.
Объективно (на 10 часов утра).Состояние очень тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный пот. Пульс 120 уд/мин, мягкий. АД 90/50 мм. рт.ст. На ногах небольшие отеки. Матка напряжена, асимметрична за счет выбухания в области правого угла, болезненна при пальпации. Части плода ясно не определяются, сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей кровянистые выделения в небольшом количестве. В анализе мочи протеинурия 1,6 ‰.
Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 10

Диагноз: Беременность 40 недель.
Головное предлежание.
Преэклампсия тяжелой степени?
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
Акушерская тактика: Экстренное кесарево сечение.

Клиническая задача №11

Машиной скорой помощи в родильный дом доставлена беременная 27 лет с доношенной беременностью и кровотечением из половых путей. В анамнезе одни нормальные роды и два искусственных аборта без осложнений. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания в 1-ом триместре.
Со слов женщины 2 часа тому назад начались регулярные схватки, а затем -

кровотечение со сгустками (около 300мл).
Состояние роженицы средней тяжести. Пульс 106-110 уд/мин, ритмичный, АД100/60 мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледные. Живот овоидной формы, безболезненный при пальпации. Схватки через 3-4 мин по 35-40сек. Матка вне схватки расслабляется. Сердцебиение плода до 160 уд/мин, ритмичное.
В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края средней толщины, открытие маточного зева 2-3см, плодный пузырь цел. По краю зева определяется губчатая ткань, во влагалище сгустки крови в количестве 200-250мл. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 11

Диагноз: Беременность 40 недель.
Предлежание плаценты.
Кровотечение.
Акушерская тактика: 1. Вскрыть плодный пузырь.
2. Если после вскрытия плодного пузыря, кровотечение продолжается, выполнить операцию экстренного кесарева сечения.

Клиническая задача №12

В родильный дом по направлению женской консультации поступила первобеременная 23 лет при сроке беременности 36недель. Практически здорова, менструальная функция не нарушена, половая жизнь с 22 лет.
С 28 недель беременности отмечена патологическая прибавка массы тела, в связи с чем проводила разгрузочные дни, с 30недель обнаружены следы белка в моче. Лечение проводили в амбулаторных условиях. В связи с повышением АД до 140/100мм. рт.ст. и прибавкой массы тела на 2 кг за последние 2 недели направлена в стационар. При поступлении состояние удовлетворительное. АД 150/100-140/90 мм. рт.ст.,отеки голеней, стоп и передней брюшной стенки. Диурез снижен. При исследовании глазного дна – ангиопатия сетчатки. При УЗИ плод соответствует 34-35 неделям беременности, при допплерометрии – нарушение кровотока в системе мать – плацента – плод 1Б степени.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 12

Диагноз: Беременность 36 недель.
Преэклампсия умеренная.
Акушерская тактика: Комплексная терапия ПЭ в течении 3-5 дней с последующим родоразрешением. В случае прогрессирования ПЭ или ухудшении состояния плода – экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Клиническая задача №13

Машиной скорой помощи в родильный дом доставлена беременная 29 лет, срок беременности 27-28 недель, с жалобами на боли в поясничной области (больше справа), иррадирующие по внутренней поверхности бедра, учащенное, болезненное мочеиспускание, озноб, слабость.

Из анамнеза: с 13-летнего возраста страдает хроническим пиелонефритом. Менструальная функция без особенностей.

Состоит на учете в женской консультации с 6-7 недельного срока беременности.

Общее состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы лица гиперемированы, температура тела 38,9С, ЧСС 94 уд/мин, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70-110/60 мм. рт.ст. При УЗИ – почки расположены в типичном месте, ЧЛС правой почки расширена: визуализируются почечные чашечки (до 14мм) и почечная лоханка до 24мм; в последней конкремент 8мм.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 13

Диагноз: Беременность 27-28 недель.
Острый правосторонний пиелонефрит на фоне МКБ.
Акушерская тактика: Комплексная терапия острого пиелонефрита.

Клиническая задача №14

В отделение патологии беременных поступила первобеременная 22 лет за 2 недели до предполагаемого срока родов. Жалоб нет.

Рост 154 см, вес 45 кг. Высота стояния дна матки 38 см, окружность живота 95 см. Размеры таза: 20-23-26-17. Ромб Михаэлиса 9^{x}9 см. Индекс Соловьева 13,5 см. Диагональная коньюгата 9,5 см.

Положение плода продольное. Предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту, слева ниже пупка.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 14

Диагноз: Беременность 38 недель,
Головное предлежание
Общеравномерносуженный таз II степени сужения.

Акушерская тактика: В связи с наличием узкого таза II степени сужения и предполагаемыми крупными размерами плода показано плановое кесарево сечение.

Клиническая задача №15

Повторнородящая, 28 лет, поступила в родильный дом с беременностью 29-30 недель в связи с появлением ноющих болей внизу живота и скудных кровянистых выделений из половых путей.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, пульс 82 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот продольно-овальной формы. Матка соответствует 29-30 неделям беременности, тонус ее несколько повышен. Головка плода высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка ритмичное 142уд/мин.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка укорочена до 1,5 см, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца, оболочки шероховатые. В правом своде влагалища определяется пастозность и пульсация сосудов. Выделения кровянистые, скудные.

Ваш диагноз? Тактика ведения

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 15

Диагноз: Беременность 29-30 недель.
Головное предлежание.
Угроза преждевременных родов.
Неполное предлежание плаценты.

Акушерская тактика: УЗИ; клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи.

Госпитализировать, проводить терапию, направленную на пролонгирование беременности (токолиз, профилактика РДС плода, кровоостанавливающая, антианемическая терапия).

Клиническая задача №16

В родильный дом машиной скорой помощи доставлена беременная 34 лет в связи с появлением кровотечения из половых путей. Срок беременности 35 недель. Настоящая беременность протекала без осложнений. Дома, час назад, начались схватки и кровотечение со сгустками (со слов женщины потеряла 300-400 мл крови). Общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 160 уд/мин., ритмичный. АД 80/40 мм.рт.ст. на обеих руках, температура36,6. живот про дольно-овальной формы, окружность его 85 см, высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода 136 уд/мин, ритмичное. Схватки через 4-3 минуты по 30-40 секунд. Отеков нет. При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2-3 см, плодный пузырь цел, оболочки шероховатые, справа определяется небольшой участок губчатой ткани, из влагалища удалены сгустки крови в количестве 100 мл, кровотечение продолжается.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 16

Диагноз:Беременность 35 недель.
Головное предлежание.
I-й период родов.
Неполное предлежание плаценты. Кровотечение.
Акушерская тактика: Экстренное кесарево сечение. Восполнение кровопотери и другие противошоковые мероприятия.

Клиническая задача №17

Беременная 21 года доставлена в родильный дом 28 мая машиной скорой помощи с железнодорожного вокзала. С 17-летнего возраста отмечает периодическое повышение АД до140/90 мм.рт.ст. Беременность первая, срок 33 недели. С 18 недель отмечает повышение АД до 130/80- 140/90 мм.рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получала. 28 января в 6часов утра в поезде появилась головная боль в затылочной области, затем яркие кровянистые выделения из половых путей в небольшом количестве. При поступлении состояние средней тяжести, жалуется на головную боль, мелькание мушек перед глазами. Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия лица. Пульс 80 уд/мин, ритмичный. АД 180/110 мм.рт.ст. на обеих руках.

Живот правильной овоидной формы. Регулярной родовой деятельности нет. Матка слегка возбудима при пальпации. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, 100 уд/мин. Из влагалища умеренные кровянистые выделения. Общая кровопотеря около 300мл.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 17

Диагноз: Беременность 32-33 недели.
Головное предлежание.
Преэклампсия тяжелой степени на фоне хронической артериальной гипертензии.
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Дистресс плода.
Акушерская тактика: Экстренное кесарево сечение. Интенсивная терапия преэклампсии.

Клиническая задача №18

В родильный дом доставлена беременная 30 лет в тяжелом состоянии. Срок беременности 36 недель. Соматический анамнез не

отягощен. Первая беременность через год после вступления в брак закончилась операцией кесарева сечения по поводу полного предлежания плаценты на 35 неделе.

Настоящая беременность протекала без осложнений.

Последнюю неделю ощущала незначительные тянущие боли в области послеоперационного рубца. К врачу не обращалась. Сегодня в 19 часов во время уборки квартиры внезапно потеряла сознание. Доставлена в стационар.

Женщина бледна, на вопросы отвечает с трудом. Пульс нитевидный, не сосчитывается. АД 70/40 мм.рт.ст., живот несколько вздут, болезненный в нижних отделах, где определяется слабо выраженный симптом раздражения брюшины. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 18

Диагноз: Беременность 36 недель.
Разрыв матки по рубцу.
Антенатальная гибель плода.
Геморрагический шок.

Акушерская тактика: Экстренное кесарево сечение. Терапия шока.

Клиническая задача №19

Повторнородящая 33 лет поступила в родильный дом 2 декабря в 18 часов с регулярной родовой деятельностью. Настоящая беременность – третья, протекала с рвотой до 5 раз в сутки на ранних сроках. С 30 недель отмечала отеки ног, с 34 недель - повышение АД до 140/90мм.рт.ст. на обеих руках, в связи с чем 2 недели ле чилась в стационаре.

Общее состояние удовлетворительное. Масса 80 кг. Рост 164 см., пульс 74 уд/мин., ритмичный. АД 130/90 и 128/85 мм.рт.ст. Обращает на себя внимание резко увеличенный живот, окружность его 116 см, высота стояния дна матки 40 см. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Несколько выше и левее определяется плотная округлая часть. При УЗИ подтверждено наличие двойни. Оба плода в продольном положении, головном предлежании. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно и в 23 часа родилась живая доношенная девочка массой 3000 г., длиной 49 см. Вскрыт плодный пузырь 2 плода. Головка быстро опустилась на тазовое дно. Сердцебиение 2-го плода глухое 100уд/мин.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 19

Диагноз: Биамниотическая двойня. Монохориальная двойня?

II период родов II плода.
Головное предлежание 1 плода.
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты?
Дистресс плода.
Акушерская тактика: Учитывая необходимость быстро закончить роды, наличие условий, применить операцию наложения полостных акушерских щипцов.

Клиническая задача №20

Первородящая 20 лет поступила в родильный блок с родовой деятельностью. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. в мин. Размеры таза нормальные.
Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрылся во время влагалищного исследования, излились светлые околоплодные воды около 3-х литров. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Впереди головки определяется жгутообразное пульсирующее образование, петлеобразно спускающееся во влагалище.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 20

Диагноз: Конец первого периода первых своевременных родов в головном предлежании.
Выпадение петли пуповины.
Многоводие.
Акушерская тактика: выпадение петель пуповины при головном предлежании является показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения в экстренном порядке из-за угрозы интранатальной гибели плода. До извлечения плода необходимо ввести два пальца во влагалище и удерживать головку, чтобы препятствовать сдавлению пуповины.

Клиническая задача №21

Повторнородящая, 39 лет. В сроке беременности 36 недель появились яркие кровянистые выделения, в связи с чем женщина доставлена машиной скорой помощи в родильный дом.
В анамнезе 2-е своевременных родов, 4 медицинских аборта.
Объективно: матка соответствует сроку беременности, безболезненная, положение плода продольное, предлежит тазовый конец, сердцебиение плода приглушенное, до 160 уд. В мин. Родовой деятельности нет.
При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сохранена, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, за внутренним зевом

определяется шероховатая ткань тестоватой консистенции.
Предлежащая часть не пальпируется. Во время влагалищного исследования кровотечение усилилось.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 21

Диагноз: Беременность 36 недель.
Тазовое предлежание.
Полное предлежание плаценты.
Отслойка предлежащей плаценты. Кровотечение. ОАА.
Акушерская тактика: учитывая наличие кровотечения у беременной с полным предлежанием плаценты, показано кесарево сечение в экстренном порядке. Необходимо оценить объем кровопотери, проводить инфузионно-трансфузионную терапию.

Клиническая задача №22

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на боли внизу живота, в области послеоперационного рубца. Срок беременности 36-37 недель. Беременность третья, предстоят третьи роды. Два года назад было кесарево сечение по поводу предлежания плаценты. Послеоперационный период осложнился наличием серомы послеоперационного шва передней брюшной стенки и метроэндометритом.
Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз,
сердцебиение ясное, ритмичное, до 140 уд. В мин.
Послеоперационный рубец на коже широкий, спаян с подлежащими тканями. Область рубца на матке болезненна при пальпации.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 22

Диагноз: Беременность 36-37 недель.
Головное предлежание.
Несостоятельность рубца на матке. ОАА.
Акушерская тактика: необходима срочная госпитализация в акушерский стационар, проведение УЗИ для уточнения диагноза. Родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Клиническая задача №23

Беременная 32 лет
поступила в стационар по поводу излития околоплодных вод
4 часа тому назад. Срок беременности 39 недель.
Беременность и роды вторые. В предыдущих родах отмечалась слабость родовой деятельности, хориоамнионит, дистресс плода. Были наложены полостные акушерские щипцы, извлечен мальчик массой 3200г, длиной 50см, с оценкой по шкале Апгар 2балла.На в

торые сутки ребенок умер.

В настоящее время родовая деятельность отсутствует. Подтекают светлые околоплодные воды. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. В мин. Предполагаемая масса плода 3800 г. Шейка матки незрелая.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 23

Диагноз: Беременность 39 недель.
Головное предлежание.
Преждевременное излитие околоплодных вод. ОАА.
Первичная слабость родовой деятельности.
Акушерская тактика: Учитывая, преждевременное излитие околоплодных вод при неподготовленности родовых путей у беременной с ОАА, показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Клиническая задача №24

В отделение патологии беременных роддома поступила первобеременная женщина 25лет в сроке беременности 32-33 недели с жалобами на отеки нижних конечностей в течение 1 месяца.

Подъем АД до 150/100 мм рт. ст. на обеих руках накануне госпитализации. При проведении УЗ исследования получены следующие данные: плод в головном предлежании, фетометрия – размеры плода соответствуют 30 неделям беременности. Допплерометрия: снижение скорости фетоплацентарного кровотока в артерии пуповины. Плацента: III степени зрелости, кальциноз II степени.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 24

Диагноз: Беременность 32-33 недели. Головное предлежание.
Преэклампсия умеренная
Хроническая плацентарная недостаточность.
ЗРП первой степени (симметричная форма).
Нарушение маточно- плацентарного кровотока 1А
Тактика ведения: В условиях стационара – дообследование, окончательная диагностика ПЭ и ее лечение, проведение терапии, направленной на улучшение фетоплацентарного кровотока; осуществление динамического контроля (УЗИ, допплерометрия, КТГ).

Клиническая задача №25

Во время очередного визита к врачу женской консультации первобеременная женщина 38 лет была направлена на скрининговое УЗИ в сроке беременности 32-33недели. Из анамнеза: аутоиммунный тиреоидит , наблюдается у эндокринолога,

принимает эутирокс 100 мг.

Объективно: матка соответствует сроку беременности, в нормотонусе, безболезненна при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода несколько приглушено, ритмичное, до 140уд. в мин.

Данные УЗИ матки: фетометрия – БПР, окружность головки соответствует 32 неделям беременности, окружность живота соответствует 28-29 нед., длина бедра соответствует 32 нед.

Допплерометрия: выявлены нарушения маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотоков.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 25

Диагноз: Беременность 32-33 нед.

Головное предлежание.

Хроническая плацентарная недостаточность на фоне аутоиммунного тиреоидита.

ЗРП второй степени (асимметричная форма).

Нарушение маточно- плацентарного кровотока 1Б

Первые роды в 38 лет.

Акушерская тактика: Необходима госпитализация в отделение патологии беременных, дообследование, консультация эндокринолога, проведение терапии, направленной улучшение кровотока в системе мать-плацента-плод. Проведение УЗИ, допплерометрии, КТГ в динамике.

Клиническая задача №26

Машиной «скорой помощи» в приемное отделение доставлена повторнобеременная, повторнородящая женщина 32 лет с жалобами на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 37 недель. В анамнезе – хронический пиелонефрит. В течение месяца отмечалась патологическая прибавка массы тела, отеки нижних конечностей, в течение последних 2 недель – повышение АД до148/102 мм. рт.ст.

Общее состояние средней степени тяжести. Пульс – 97 уд. В мин., А/Д 95/71 на левой и 90/65 мм. рт. ст. на правой руках. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена, части плода отчетливо не определяются, отмечается локальная болезненность при пальпации по левой боковой стенке матки. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода до 170 уд в мин, глухое.

При влагалищном исследовании: шейка матки по проводной оси малого таза, длиной 1 см, мягкая, проходима для двух пальцев.

Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз. Из половых путей – умеренные кровянистые выделения.

Ваш диагноз?

Определить степень зрелости шейки матки по шкале Бишопа.

Акушерская тактика

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 26

Диагноз: Беременность 35-36 недель.
Головное предлежание.
Гестационная артериальная гипертензия.
ПОНРП. Острая плацентарная недостаточность.
Гипоксия плода.
Отеки беременных.
Акушерская тактика: УЗИ для подтверждения диагноза. В связи с кровотечением и острой гипоксией плода показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Клиническая задача №27

В родильный дом доставлена первородящая 24 лет. Беременность доношенная, срок 40 недель. В течение 4 часов отмечает схваткообразные боли внизу живота, боли в эпигастральной области, тошноту, головную боль.
При осмотре наблюдаются фибриллярные подергивания мимических мышц, АД143/95 мм рт. ст. Отеки голеней и стоп.
При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, головное предлежание плода.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 27

Диагноз: Гестационная артериальная гипертензия
Отеки беременных.
Эклампсия? Тяжелая преэклампсия?
Акушерская тактика: Дообследование для уточнения диагноза.
Экстренная помощь и интенсивная терапия- немедленно наркоз (фторотановый), интенсивная терапия. Родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Клиническая задача №28

Повторнобеременная первородящая 30 лет. Беременность 38-39недель. Госпитализирована в отделение патологии беременных для дообследования и решения вопроса о способе родоразрешения.
При осмотре нормостенического телосложения, рост 168 см. Наружные размеры таза 26-28-31-20 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Предлежит головка, над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки «зрелая», предлежит головка плода, в полости малого таза определяются множественные экзостозы. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад пациентка попала в автомобильную аварию, проходила лечение в отделении травматологии с множественными переломам костей таза, правой голени, сотрясение головного мозга.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 28

Диагноз : Беременность 38-39 нед

Головное предлежание

Экзостозы в малом тазу. Состояние после множественных переломов костей таза и нижних конечностей (ДТП).

Акушерская тактика: Консультация травматолога и невролога, МРТ малого таза. После получения результатов обследования и консультаций специалистов решить вопрос о методе родоразрешения.

Клиническая задача №29

Беременная поступила в отделение патологии беременности по направлению врача женской консультации. Срок беременности 37 недель.

На эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие, при допплерометрии: увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и "критическое" состояние плодово-плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании — "зрелая" шейка матки. В анамнезе – пневмония на сроке беременности 28-29 недель, субфебрилитет в течение 1,5 месяцев, сухой кашель.

Ваш диагноз. Акушерская тактика.

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 29

Диагноз: Беременность 37-38 недель.

Плацентарная недостаточность.

Хроническая внутриутробная гипоксия плода.

Задержка внутриутробного развития плода I степени.

Острое нарушение маточного и критическое состояние плодово-плацентарного кровотока.

Акушерская тактика: Терапия, направленная на улучшение маточного и плодово-плацентарного кровотока, подготовка пациентки и экстренное родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Клиническая задача №30

Беременность 29-30 недель. Госпитализирована в родильный дом. Из анамнеза: 1 самопроизвольный выкидыш в сроке 4-5 недель 3 года назад. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания (стационарное лечение в 20-21 неделю). Обследована, выявлен антифосфолипидный синдром. Проведен курс терапии низкомолекулярным гепарином (фраксипарином в дозе 0,3 (2850 МЕ) в течение 10 дней. За 3 недели до госпитализации появились отёки на ногах. За 4 дня до госпитализации – отёки были распространены на живот, руки, лицо, отмечался подъём АД (до 140 мм. рт. ст.), головные боли. В день госпитализации – с сильной головной болью вызвала

скорую помощь. АД180/100 мм. рт. ст. на обеих руках, распространённые отёки. При допплерометрии отмечается «критическое состояние» плодово-плацентарного кровотока, нарушение маточного кровотока.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 30

Диагноз: Беременность 29-30 недель.
Гестационная артериальная гипертензия.
Преэклампсия тяжелой степени
Антифосфолипидный синдром.
Плацентарная недостаточность.
Острое нарушение маточного и критическое состояние плодово-плацентарного кровотока.
Акушерская тактика: кесарево сечение в экстренном порядке, предварительная профилактика РДС глюкокортикоидами

Клиническая задача №31

Беременная поступила в отделение патологии беременных на сроке беременности 27недель. По данным УЗИ имеет место отставание фетометрических данных от гестационных норм на 3 недели, толщина плаценты 23 мм, в плаценте обнаружены множественные кальцинаты, тонус матки повышен. На допплерометрии отмечается нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 степени.
Пациентка страдает гипертонической болезнью (повышение АД до 160 мм. рт. ст. на обеих руках), экземой, бронхиальной астмой(стадия ремиссии), варикозным расширением вен на ногах. При обследовании выявлена железодефицитная анемия (гемоглобин100г/л), анализ мочи без патологии, в гемостазиограмме отмечается хронометрическая и структурная гиперкоагуляция, циркуляция волчаночного антикоагулянта, повышение продуктов деградации фибрина. При осмотре – незначительные отёки на ногах, АД 150 мм.рт ст. Сердцебиение плода ясное, ритмичное,140 в минуту .
Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 31

Диагноз: Беременность 25-26 недель.
Преэклампсия? На фоне гипертонической болезни, бронхиальной астмы, железодефицитной анемии легкой степени, антифосфолипидного синдрома. Угроза прерывания беременности.
Хроническая плацентарная недостаточность.
Задержка роста плода 2 ст.
Акушерская тактика: дифференциальный диагноз

между гестационной артериальной гипертензией, хронической артериальной гипертензией и преэклампсией. Назначение адекватной гипотензивной терапии, пролонгирование беременности до оптимальных сроков родоразрешения (гинипрал, финоптин, сернокислая магнезия), терапия направленная на лечение ФПН (с целью нормализации микроциркуляции – антикоагулянты и антиагреганты; токолитики; гипотензивные препараты; препараты железа, применение мембраностабилизаторов и антигипоксантов (витаминотерапия , актовегин). Профилактика дисстресс-синдрома в случае преждевременных родов (эуфиллин, глюкокортикоиды).

Клиническая задача №32

Пациентка С, 30 лет,
находится в родблоке, роды вторые в срок продолжаются 15 часов. Первые роды закончились рождением мертвого плода весом 4200 г. Преждевременное излитие вод. Таз 24-26-29-17 см.
Сердцебиение плода не выслушивается. Судорожные схватки. Матка в промежутках между схватками не расслабляется и имеет форму «песочных часов». Контракционное кольцо выше пупка. Резкая болезненность нижнего сегмента матки. Открытие шейки матки полное. Головка плода малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена положительный. Моча по катетеру-концентрированная.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 32

Диагноз: Доношенная беременность.
II –й период родов.
Клинически узкий таз.
Общеравномерносуженный таз. (II степень сужения по величине истинной коньюгаты).
Угрожающий разрыв матки.
Акушерская тактика: Показано срочное родоразрешение путём операции кесарево сечение.
Учитывая наличие общеравномерносуженноготаза, отягощенный акушерский анамнез - потеря плода в родах, пациентке была показана дородовая госпитализация за 2 недели до ПДР (предполагаемой даты родов), дообследование и в данном случае родоразрешение путём операции кесарево сечение в плановом порядке.

Клиническая задача №33

Пациентка О., 27 лет, повторнородящая госпитализирована с доношенной беременностью 37-38 недель, плод в головном предлежании.
Группа крови беременной О (I), резус-положительный, муж - А(II), резус положительный. Первая беременность и роды протекали без осложнений (ребенок с О (I)группой крови).
Во время настоящей беременности проводилось 3 курса неспецифической

профилактической десенсибилизирующей терапии. Динамика титра групповых антител1:4-1:32-1:32. При осмотре: телосложение правильное, рост 168 см. Соматически здорова. Гемотрансфузии отрицает. Схватки через 6-7 мин по 30-35 сек, регулярные. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2-3 см. Учитывая отягощенное течение беременности, нарушение маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока 1 «а» степени, роды было решено вести под кардиомониторным контролем. На КТГ – сердцебиение плода 65-80 в минуту, появилась аритмия.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 33

Диагноз: Беременность 37-38 недель.
Головное предлежание плода.
Первый период родов.
Сенсибилизация крови матери к групповому антигену А.
Групповой конфликт матери и плода.
Хронический ДВС.
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).
Острая фетоплацентарная недостаточность.
Акушерская тактика: экстренное родоразрешение путём операции кесарево сечение. При развитии гемолитической болезни новорожденного – заменное переливание крови, фототерапия, инфузионная терапия по показаниям.
Причины ПОНРП – групповой конфликт, иммунное воспаление в области плаценты, хронический ДВС.

Клиническая задача №34

Повторнобеременная 30 лет обратилась в женскую консультацию. Первая беременность 2 года назад, медицинский аборт на сроке 11-12 недель, без осложнений. На момент обследования срок беременности 20-21 неделя. Группа крови беременной О(I); Rh«-»; муж - группа крови АВ (IV), Rh «+»,фенотип CcDee.
Жалобы на подтекание околоплодных вод в течение 2 часов, отсутствие шевелений. При влагалищном исследовании шейка матки резко укорочена, пропускает 2 пальца. Плодного пузыря нет, предлежит тазовый конец плода (ножка плода находится во влагалище). Сердцебиение плода не определяется.
На УЗИ плацента толщиной 45 мм, количество вод резко уменьшено. Фетометрические данные соответствуют гестационному сроку беременности. Отмечается увеличение печени и селезёнки плода.
Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 34

Диагноз: Беременность 20-21 неделя.
Начавшийся самопроизвольный выкидыш.
Гемолитическая болезнь плода.
Антенатальная гибель плода.

Акушерская тактика: адекватное поэтапное обезболивание прерывающейся беременности, профилактика кровотечений. Десенсибилизация (в/м антирезус-иммуноглобулин). Рекомендации по планированию беременности.

Клиническая задача №35

Беременная В., группа крови А(II); муж группа крови В (III), Rh «+», фенотип CcDEe. В анамнезе переливания крови без учёта резус-принадлежности. Настоящая беременность 6-ая, срок беременности 35 недель. Первая беременность– искусственный аборт, 2-ая – самопроизвольный аборт в 27 нед, 3-я –неразвивающаяся беременность в сроке 12 нед, 4-я – самопроизвольный выкидыш в 24 нед. Титр антирезус-антител 1:256.

Настоящая беременность протекала с явлениями угрожающего выкидыша; 3 курса десенсибилизирующей терапии, зашивание шейки матки в связи с истмико-цервикальной недостаточностью. Титр антител 1:32 – 1:128 – 1:64 – 1:32 – 1:512 – 1:32 – 1:64 –1:256. Первый амниоцентез в 33 нед беременности. ОПБ (оптическая плотность билирубина) –0,191 отн. ед.

Ваш диагноз? Акушерская тактика

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 35

Диагноз: Беременность 35 недель.
Резус-сенсибилизация.
Подозрение на гемолитическую болезнь плода легкой степени.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (невынашивание беременности).

Акушерская тактика: Обследование: повторный амниоцентез, определение ОПБ, УЗИ, допплер, КТГ, динамика титра антирезус-антител. Терапия: курсы неспецифической десенсибилизирующей терапии, плазмаферез.

При отсутствии нарастания титра антител и ОПБ, хорошем состоянии плода – пролонгирование беременности до оптимального срока родоразрешения, роды через естественные родовые пути, оценка состояния новорожденного, степени тяжести гемолитической болезни новорожденного, заменное переливание крови, фототерапия, инфузионная терапия по показаниям.

Клиническая задача №36

Машиной скорой помощи доставлена беременная, повторнородящая женщина 29лет с жалобами на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей в течение 1часа. Срок беременности 35 недель.

В течение месяца отмечалась патологическая прибавка массы

тела, отеки нижних конечностей, в течение последних 2 недель— повышение АД до 150/100 мм.рт. ст. При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Пульс — 100 уд. В мин., АД 100/70 на левой и 100/65 мм. рт. ст. на правой руках. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена, части плода отчетливо не определяются. Отмечается локальная болезненность при пальпации по левой боковой стенке матки. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода до 170 уд. в мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз. Из половых путей — умеренные кровянистые выделения.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 36

Диагноз: Беременность 35-36 недель. Головное предлежание.
Гестационная артериальная гипертензия.
Преэклампсия?
Острая плацентарная недостаточность. ПОНРП. Гипоксия плода.
Акушерская тактика: УЗИ для подтверждения диагноза. Дообследование.
В связи с кровотечением и острой гипоксией плода показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Клиническая задача №37

Первобеременная женщина 37 лет была направлена врачом женской консультации на УЗИ в сроке беременности 32 недели. Из анамнеза: страдает сахарным диабетом в течение 10 лет, наблюдается у эндокринолога.

Объективно: матка соответствует сроку беременности, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода несколько приглушено, ритмичное, до140ул. в мин.
Данные УЗИ: фетометрия — БПР, окружность головки соответствует 32 неделям беременности, окружность живота соответствует 28-29 нед., длина бедра соответствует 32нед. При допплерометрии выявлены нарушения маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотоков.

Ваш диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 37

Диагноз: Беременность 32-33 нед.
Головное предлежание.
Хроническая плацентарная недостаточность на фоне сахарного диабета. ЗРП второй степени (асимметричная форма).
Нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 степени
Сахарный диабет
Первые роды в 37 лет.
Акушерская тактика: Необходима госпитализация в отделение патологии

беременных, дообследование, консультация эндокринолога, проведение терапии, направленной на коррекцию сахарного диабета и улучшение кровотока в системе мать-плацента-плод. Проведение УЗИ, допплерометрии, КТГ в динамике.

Клиническая задача №38

В отделение патологии беременности поступила первобеременная женщина 25 лет в сроке 33 недели с жалобами на отеки нижних конечностей в течение 1 месяца. Подъем АД до150/100 мм рт. ст. на обеих руках накануне госпитализации.

При УЗИ: плод в головном предлежании, размеры плода соответствуют 30 неделям беременности. Допплерометрия: нарушение кровотока в артерии пуповины. Плацента III степени зрелости, кальциноз.

Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 38

Диагноз: Беременность 32-33 недели.
Головное предлежание.
Гестационная артериальная гипертензия.
Отеки беременных.
Преэклампсия?
Хроническая плацентарная недостаточность.
ЗРП первой степени (симметричная форма).
Нарушение маточно- плацентарного кровотока 1Б
Акушерская тактика: В условиях стационара –дообследование, проведение терапии, направленной на улучшение фетоплацентарного кровотока; осуществление динамического контроля (УЗИ, допплерометрия, КТГ).

Клиническая задача №39

В стационар по поводу излития околоплодных вод поступила повторнобеременная 29 лет 4 часа тому назад. Срок беременности 39 наедель. Беременность и роды вторые. В предыдущих родах отмечалась слабость родовой деятельности, хориоамнионит, гипоксия плода. Были наложены полостные акушерские щипцы, извлечен мальчик массой 3200г, длиной 50см, оценк по шкале Апгар 2 балла. На вторые сутки ребенок умер. При поступлении родовая деятельность отсутствует. Подтекают светлые околоплодные воды. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 3800г. Шейка матки незрелая.

Диагноз? 2. Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 39

Диагноз: Беременность 39 недель.
Головное предлежание.

Преждевременное излитие околоплодных вод.
ОАА.
Первичная слабость родовой деятельности.
Акушерская тактика: Учитывая, преждевременное излитие околоплодных вод при неподготовленности родовых путей у беременной с ОАА, показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Клиническая задача №40

Беременная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, преимущественно в области послеоперационного рубца. Срок беременности 36-37 недель. Беременность третья, предстоят третьи роды. Два года назад было проведено кесарево сечение по поводу предлежания плаценты. Послеоперационный период осложнился наличием серомы послеоперационного шва и метроэндометритом. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. В мин. Послеоперационный рубец на коже широкий, спаян с подлежащими тканями. Область рубца на матке болезненна при пальпации.
Диагноз? Акушерскаятактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 40

Диагноз: Беременность 36-37 недель.
Головное предлежание.
Несостоятельность рубца на матке. ОАА.
Акушерская тактика: Необходима срочная госпитализация в акушерский стационар, проведение УЗИ для уточнения диагноза. Родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Клиническая задача №41

У повторнородящей женщины 37 лет в сроке беременности 35недель появились яркие кровянистые выделения. Доставлена машиной скорой помощи в городской родильный дом. В анамнезе 2-е своевременных родов, 4 медицинских аборта. Объективно: матка соответствует сроку беременности, безболезненная, положение плода продольное, предлежит тазовый конец, сердцебиение плода приглушенное, до 160уд.в мин. Родовой деятельности нет. При УЗИ- плацента полностью перекрывает область внутреннего зева. Кровотечение усиливается.
Диагноз? 2. Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 41

Диагноз: Беременность 36 недель.
Полное предлежание плаценты.
Отслойка предлежащей плаценты. Кровотечение.
ОАА.

Начавшаяся гипоксия плода.
Акушерская тактика: учитывая, наличие кровотечения у беременной с полным предлежанием плаценты показано, кесарево сечение в экстренном порядке. Необходимо оценить объем кровопотери, проводить инфузионно-трансфузионную терапию.

Клиническая задача №42

Первородящая поступила в родильный блок в конце первого периода своевременных родов. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд в мин. Размеры таза нормальные. Влагалищное исследование: открытие маточного зона полное, плодный пузырь вскрылся во время влагалищного исследования, излились светлые околоплодные воды около 3-х литров и выпала пульсирующая петля пуповины. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Впереди головки определяется жгутообразное пульсирующее образование, петлеобразно спускающееся во влагалище.

Диагноз? Акушерскаятактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 42

Диагноз: Конец первого периода первых своевременных родов в головном предлежании.
Выпадение петли пуповины.
Многоводие.
Акушерская тактика: выпадение петель пуповины при головном предлежании является показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения в экстренном порядке из-за угрозы интранатальной гибели плода в связи с острой гипоксией и асфиксией плода. Необходимо ввести два пальца во влагалище и удерживать головку до момента родоразрешения, чтобы препятствовать сдавлению пуповины.

Клиническая задача №43

Беременная Н., первородяшая, 26 лет, доставлена машиной “скорой помощи”. Беременность доношенная. В течение 2 часов отмечает схваткообразные боли внизу живота, боли в эпигастральной области, тошноту, головную боль. При осмотре наблюдаются фибриллярные подергивания мимических мышц, АД 140/95 мм рт. ст. пастозность голеней. При влагалищном исследовании обнаружена зрелая шейка матки, головное предлежание.

Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 43

Диагноз: Гестационная артериальная гипертензия
Отеки беременных.

Тяжелая преэклампсия?
Эклампсия?
Акушерская тактика: Дообследование для уточнения диагноза.
Экстренная помощь и интенсивная терапия- немедленно наркоз (фторотановый), интенсивная терапия. Родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Клиническая задача №44

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 17 лет со сроком беременности 33-34 недели. Отмечает прибавку в весе 2 кг за последние 2 недели,
периодическое повышение АД до135/90 мм рт.ст. В возрасте 13 лет беремен ная перенесла пиелонефрит. При обследовании: в анализе мочи содержание белка 0,99 г/л, лейкоцитов 20-25 в поле зрения, эритроцитов 0-1 в поле зрения, большое количество бактерий.
Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 44

Диагноз: Преэклампсия умеренная.
Акушерская тактика: клинический, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, бактериальный посев мочи, УЗИ почек, брюшной полости; терапия: лечебно- охранительный режим, контроль АД, диуреза, в/в введение сернокислой магнезии, антибиотикотерапия, гипотензивные препараты, препараты улучшающие кровообращение (тромбо-асс, фраксипарин), перфузию плаценты и почечный кровоток (эуфилин).

Клиническая задача №45

Беременная с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (3предыдущие беременности завершились самопроизвольными выкидышами) доставлена машиной скорой помощи с жалобами на кровянистые выделения, схваткообразные живота. Шейка матки сохранена, цервикальный канал закрыт. Срок беременности11 недель.
Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 45

Диагноз: Начавшийся выкидыш.
Синдром потери плода
Акушерская тактика: УЗИ, постельный режим, спазмолитики, седативные средства, натуральный прогестерон, витаминотерапия. Обследование на причину привычного невынашивания и устранение причины.

Клиническая задача №46

По направлению врача женской консультации в родильный дом поступила первородящая 18 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота.

Объективно: живот овоидной формы за счет беременной матки соответствующей 30 неделям беременности. Матка при пальпации приходит в повышенный тонус, положение плода продольное, головка над входом в малый газ, сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд.в мин.

Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 46

Диагноз: Беременность 30 недель.

Угроза преждевременных родов.

Акушерская тактика: с целью оценки состояния шейки матки необходимо произвести влагалищное исследование, УЗИ; лечение: постельный режим, снижение возбудимости матки (токолитическая терапия), спазмолитики, витаминотерапия, профилактика РДС

Клиническая задача №47

В отделение патологии беременных поступила беременная 25лет. Срок беременности 42 недели по всем данным. По данным УЗИ – головное предлежание, маловодие, III степени зрелости плаценты, по КТГ- состояние плода удовлетворительное. При влагалищном исследовании шейка матки «зрелая».

Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 47

Диагноз: Тенденция к перенашиванию беременности.

УЗ признаки старения плаценты.

Акушерская тактика: родовозбуждение путем амниотомии. Роды вести под непрерывным КТГ наблюдением, с функциональной оценкой таза в родах

Клиническая задача №48

В родильный блок при сроке беременности 42 недели поступила первородящая 35лет с излитием мекониальных околоплодных вод. При УЗИ: плод в головном предлежании, с/б +, плацента III степени зрелости с петрификатами. Крупный плод. При влагалищном исследовании: шейка матки “незрелая”, подтекают мекониальные околоплодные воды.

Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 48

Перенашивание беременности.

Эхо- признаки старения плаценты.

Хроническая гипоксия плода.

Крупный плод.

1-е роды в 35 лет

Акушерская тактика : родоразрешение путем операции кесарево сечения в экстренном порядке

Клиническая задача №49

В отделение патологии беременных поступила первобеременная 37 лет на сроке беременности 27 недель. По данным УЗИ имеет место отставание фетометрических данных от гестационных норм на 3 недели, толщина плаценты 24 мм, в плаценте обнаружены множественные кальцинаты, тонус матки повышен. На допплерометрии отмечается нарушение маточно-плацентарного кровотока 1 Б степени. Пациентка страдает гипертонической болезнью (повышение АД до 160 мм. рт. ст. на обеих руках), экземой, бронхиальной астмой (стадия ремиссии), варикозным расширением вен на ногах. При обследовании выявлена анемия (гемоглобин 100г/л), анализ мочи без патологии, в гемостазиограмме отмечается хронометрическая и структурная гиперкоагуляция, циркуляция волчаночного антикоагулянта, повышение продуктов деградации фибрина. При осмотре — незначительные отёки на ногах, АД 150 мм. рт. ст. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в минуту.

Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 49

Диагноз: Беременность 25-26 недель.

Преэклампсия? На фоне гипертонической болезни, бронхиальной астмы, железодефицитной анемии легкой степени, антифосфолипидного синдрома. Угроза прерывания беременности.

Хроническая плацентарная недостаточность.

Задержка роста плода 2 ст.

Акушерская тактика: дифференциальный диагноз между гестационной артериальной гипертензией, хронической артериальной гипертензией и преэклампсией. Назначение адекватной гипотензивной терапии, пролонгирование беременности до оптимальных сроков родоразрешения (гинипрал, финоптин, сернокислая магнезия), терапия направленная на лечение ФПН (с целью нормализации микроциркуляции – антикоагулянты и антиагреганты; токолитики; гипотензивные препараты; препараты железа, применение мембраностабилизаторов и антигипоксантов (витаминотерапи, актовегин). Профилактика дисстресс-синдрома в случае преждевременных родов (эуфиллин, глюкокортикоиды).

Клиническая задача №50

Пациентка 31 года, беременность 29-30 недель госпитализирована в родильный дом. Из анамнеза: 1самопроизвольный выкидыш в сроке 4-5 недель 3 года назад. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания (стационарное лечение в 20-21нед). Обследована, выявлен

антифосфолипидньй синдром. Проводила курс терапии низкомолекулярным гепарином (фраксипарином в дозе 0,3 (2850 МЕ) в течение 10дней, далее никакой терапии не получала. Принимала поливитамины для беременных. До госпитализации работала. За 3 недели до госпитализации появились отёки на ногах. За 4дня до госпитализации отёки распространились на живот, лицо, отмечался подъём АД (до 140 мм. рт. ст), головные боли. В день госпитализации — с сильной головной болью вызвала скорую помощь. АД 180/100 мм. рт. ст. на обеих руках, распространённые отёки, мушки перед глазами. При допплерометрии отмечается «критическое» нарушение плодово-плацентарного кровотока.

Диагноз? Акушерская тактика?

ЭТАЛОН РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ № 50

Диагноз: Беременность 29-30 недель.

Тяжелая преэклампсия.

Антифосфолипидный синдром.

Плацентарная недостаточность.

Острое нарушение маточного и критическое состояние плодово-плацентарного кровотока.

Акушерская тактика: Показана гипотензивная терапия, терапия, направленная на улучшение маточного и фето-плацентарного кровотока, профилактика дисстресс-синдрома новорожденного (эуфиллин, глюкокортикоиды). На данный момент – предпочтительно родоразрешение путём операции кесарево сечение.