**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**УТВЕРЖДЕН**

**на заседании кафедры**

**11 сентября 2019 г., протокол №2**

**Заведующий кафедрой**

**д.м.н., проф. Хашаева Т.Х.-М.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ФОНД**

**ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«Специальность 14.01.01 Акушерство и гинекология»**

**Направление подготовки – 31.06.01 Клиническая медицина**

**Направленность подготовки – 14.01.01 Акушерство и гинекология**

**МАХАЧКАЛА 2019**

**Фонд оценочных средств (ФОС) учебной дисциплины «Акушерство и гинекология» 14.01.01. разработана на основании учебного плана ОПОП ВО по специальности 31.05.01. - «Лечебное дело» (уровень высшего образования – специалитет), утвержденного Ученым советом ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, протокол № 1 от 30.08.2019 г.; в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01. - «Лечебное дело» (уровень высшего образования – специалитет), утвержденным Министерством образования и науки Российской Федерации приказом №95 от 09.02.2016г.**

**Фонд оценочных средств (ФОС) учебной дисциплины «Акушерство и гинекология» одобрена на заседании кафедры от «28» августа 2019 г., протокол**

**Разработчики:**

**1.Зав.кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., проф., Хашаева Т.Х.-М.**

**(подпись) (инициалы, фамилия)**

**2.Профессор, д.м.н.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Х.М.Омарова**

**3.Доцент, к.м.н.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**М.А.Одаманова**

**Срок действия ФОС: 2019 - 2020 учебный год**

**Эксперты:**

**профессор, д.м.н.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**А.Э. Эседова**

**доцент, к.м.н.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**С.С. Нурмагомедова**

**Перечень компетенций, формируемых дисциплиной «Специальность 14.01.01 Акушерство и гинекология» Направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина**

УК-1 - способностью к критическому анализу и оценке современных

научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях

УК-3 - готовность участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-образовательных задач

ОПК Общепрофессиональны компетенции

ОПК-1 - способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины

ОПК-2 - способность и готовность к проведению прикладных научных исследований в области биологии и медицины

ОПК-3 - способность и готовность к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований

ОПК-4 - готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан

ОПК-5 - способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных

ОПК-6 - готовность к преподавательской деятельности по образовательным программам высшего образования

ПК Профессиональные компетенции

ПК - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,

диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-3 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-4 - готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи

ПК-5 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**Вопросы для коллоквиума/собеседования**

**по дисциплине «Специальность 14.01.01 Акушерство и гинекология»**

**Раздел 1. Беременность и роды**

1. Современное учение об оплодотворении и развитии плодного яйца. Оплодотворение.

Предимплантационный период развития. Имплантация, органогенез, плацентация и дальнейшее развитие плода. Критические периоды эмбриогенеза и развития плода.

2. Строение и основные функции плаценты, плодных оболочек и пуповины; околоплодные воды, их характер, состав и обмен. Важнейшие функции околоплодных вод и их влияние на развитие плода.

3. Морфологические и физиологические особенности плода в разные периоды внутриутробной жизни.

Особенности кровообращения и снабжения плода кислородом. Влияние на эмбрион и плод повреждающих факторов внешней среды. Изменения в организме женщины во время беременности и методы обследования беременных.

4. Методы исследования во время беременности. Система опроса (анализа) и осмотра. Исследование внутренних органов. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Наружное и внутреннее акушерское обследование беременной.

5. Определение срока беременности и времени предоставления дородового отпуска (30 недель).

Признаки зрелости и доношенности плода. Определение срока беременности. Определение жизнеспособности плода. Иммунологические взаимодействия организма матери и плода.

6. Современные методы исследования плода. Изучение функционального состояния плода (кардиотокография, определение биофизического профиля плода); амнио- и фетоскопия, исследование околоплодных вод, УЗИ (определение размеров головки, грудной клетки, брюшной полости, органов плода, изучение сердечной деятельности, двигательной активности, дыхательных движений); методы изучения функции плаценты (гормональные исследования, УЗ-сканирование, изучение плцентарного кровотока, функциональные пробы).

7. Гигиена и питание беременных. Особенности санитарно-гигиенического режима акушерского стационара. Физико-психопрофилактическая подготовка беременных к родам. Физиология родов. Периоды родов. Продолжительность родов. Современные методы регистрации родовой деятельности. Теории механизма родов.

8. Механизм родов при головном и тазовых предлежаниях. Газообмен плода и особенности гомеостаза в процессе родов. Адаптация плода в родах. Современные методы оценки состояния плода во время родов.

9. Ведение родов. Понятие о сегментах головки плода. Наружное и влагалищное исследование рожениц. Современные методы обезболивания родов, региональная и спинно-мозговая анестезия. Влияние обезболивающих средств на плод. Акушерское пособие в родах.

10. Физиология последового периода и принципы его ведения. Понятие о физиологической и патологической кровопотере. Определение целостности промежности, влагалища и шейки матки. Ранний послеродовый период.

11. Длительность послеродового периода, особенности гормональной перестройки. Клиника послеродового периода. Профилактика послеродовых заболеваний. Послеродовый отпуск. Особенности санитарно-гигиенического режима в послеродовом отделении.

12. Первичный туалет новорожденного. Профилактика офтальмоблефорита. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Физиологические особенности периода новорожденности.

13. Многоплодная беременность. Диагностика. Особенности течения беременности и родов.

14. Особенности ведения родов через естественные родовые пути. Показания для оперативного родоразрешения.

15. Тазовые предлежания. Классификация. Причины возникновения, диагностика. Наружный поворот на ножку. Наружный поворот на головку. Особенности течения родов. Ручные пособия при тазовом предлежании. Показания к операции кесарева сечения.

16. Преэклампсия. Современные представления об этиологии, патогенезе преэклампсии. Классификация.

17. Токсикозы беременных: слюнотечение, рвота. Клиника, диагностика, лечение.

18. Беременность, роды и послеродовой период при острых и хронических инфекционных заболеваниях у матери. Внутриутробные инфекции: вирусные, бактериальные, токсоплазмоз, хламидиоз, трихомониаз, специфические инфекции, гонорея, сифилис, ВИЧ. Диагностика, лечение, профилактика.

19. Признаки внутриутробной инфекции плода и новорожденного. Акушерская и лечебная тактика.

20. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность.

21. Заболевания органов дыхания, кроветворных органов, органов пищеварения, нервной системы, почек, эндокринной системы и беременность. «Острый живот» у беременных.

22. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода (Rh, по АВО). Современные методы диагностики и лечения гемолитической болезни плода.

23. Гемолитическая болезнь новорожденных, диагностика, лечение, профилактика.

24. Сочетание беременности с аномалиями развития и заболеваниями половых органов (миома матки, опухоли яичников, рак матки). Роль эндоскопии в диагностике и лечении опухолей женских половых органов у беременных.

25. Перинатальный (анте-, интра-, постанатальный) период. Перинатальная заболеваемость и смертность. Группы беременных «высокого риска» по перинатальной заболеваемости и смертности. Учение о фетаплацентарной системе. Плацентарная недостаточность и методы ее диагностики и лечения.

26. Задержка роста плода, методы диагностики, профилактики и терапии. Влияние повреждающих факторов на плод и плаценту (гипоксия, нарушения питания, лекарственные вещества, ионизирующая радиация, токсические факторы промышленного производства, алкоголизм, наркомания, курение и пр.).

27. Медицинские показания к прерыванию беременности. Противопоказания к производству абортов. Осложнения и профилактика. Мини-аборт. Методы производства искусственного аборта до 12 недель беременности. Медицинские показания и методы прерывания беременности поздних сроков. Отдаленные последствия искусственного аборта и методы реабилитации.

28. Внебольничный (инфицированный) аборт. Классификация, клиника, терапия. Оказание экстренной помощи. Септический шок (патогенез, клиника, терапия и профилактика). Послеабортный сепсис. Лечебная тактика.

29. Санитарное просвещение в борьбе с абортами. Половое воспитание девочек и юношей. Планирование семьи. Барьерные методы, ВМС, химические средства контрацепции, гормональные и биологические методы, добровольная хирургическая стерилизация. Роль центров «Планирования семьи».

30. Шеечная беременность. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

31. Аномалии внезародышевых элементов плодного яйца. Пузырный занос, классификация. Хорионэпителиома. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.

32. Самопроизвольный выкидыш. Классификация, этиология, патогенез, профилактика, лечение. Привычное невынашивание беременности. Истмико-цервикальная недостаточность в возникновении преждевременного прерывания беременности. Принципы лечения привычного невынашивания беременности.

33. Преждевременные роды. Классификация. Этиология. Течение преждевременных родов, их ведение. Показания к кесареву сечению. Профилактика и лечение невынашивания.

34. Токолиз. Профилактика респираторного дистресс-синдрома.

35. Перенашивание беременности. Продолжительность беременности, гестационный возраст плода. Понятие о пролонгированной и переношенной беременности. Этиология, патогенез. Течение беременности и родов при перенашивании. Диагностика переношенной беременности.Профилактика и терапия осложнений, связанных с перенашиванием. Показания к кесареву сечению.

36. Врожденные пороки развития плода (врожденная и наследственная патология). Пренатальные методы исследования. Показания к прерыванию беременности.

37. Нарушения сократительной деятельности матки. Аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовых сил, чрезмерно сильная родовая деятельность, гипертоническая дисфункция матки, дискоординация родовой деятельности, тетанус матки). Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Профилактика аномалий родовой деятельности.

38. Течение родов у юных и возрастных первородящих.

39. Преждевременные и запоздалые роды. Особенности течения и ведение родов.

40. Анатомически и клинически узкий таз. Анатомическая характеристика узкого таза по форме и степени сужения. Этиология. Классификация. Часто встречающиеся формы. Редко встречающиеся формы. Другие формы.

41. Диагностика анатомически узкого таза. Особенности течения беременности и родов при узком тазе. Механизм родов при различных формах анатомически узкого таза. Осложнения. Причины и признаки клинически узкого таза. Показания к кесареву сечению.

42. Разгибательные предлежания головки. Классификация, диагностика, прогноз. Течение и ведение родов, высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва. Асинклитическое вставление. Этиология, диагностика. Показания к кесареву сечению.

43. Крупный плод. Нейро-обменно-эндокринный синдром как фактор риска рождения крупного плода. Особенности течения родов при крупном плоде.

44. Неправильное положение плода. Ведение беременности и родов при косом и поперечном положении плода.

45. Предлежание и выпадение мелки частей плода. Патология расположения плаценты. Предлежание плаценты. Этиология, патогенез. Классификация. Диагностика. Течение беременности и родов.

Тактика врача при различных формах предлежания плаценты.

46. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, ведение беременности и родов, показания к кесареву сечению.

47. Эмболия околоплодными водами. Патогенез, клиника, диагностика и терапия. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови. Диагностика, особенности клинического течения коагулопатических кровотечений, лечебная тактика. Патология последового и раннего последового периода.

48. Аномалия прикрепления плаценты. Диагностика и терапия. Нарушение процессов отделения плаценты и выделения последа. Причины, профилактика, диагностика, лечение.

49. Гипо- и атонические состояния матки. Послешоковое кровотечение. Этиология. Патогенез, клиника, лечение. Геморрагический шок, коллапс и терминальные состояния в акушерстве. Принципы лечения геморрагического шока. Венозный тромбоз в акушерстве. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.

50. Родовой травматизм матери. Клиника, лечение и профилактика. Разрывы матки. Этиология. Механизм возникновения и классификация. Клиническая картина угрожающего, начинающегося и совершившегося разрыва матки. Диагностика. Лечение и профилактика. Ведение беременности и родов при наличии рубца на матке после ранее перенесенного кесарева сечения и других операций на матке.

51. Послеродовые инфекционные осложнения. Частота, этиология, патогенез послеродовых осложнений. Связь послеродовых септических осложнений матери и новорожденного. Роль макро- и микроорганизмов. Классификация послеродовых осложнений. Основные клинические формы. Перитонит. Генерализованная септическая инфекция, септический шок. Клиника, диагностика и лечение. Современные методы диагностики и терапии послеродовых заболеваний. Особенности течения послеродовых заболеваний в современных условиях.

52. Заболевания молочных желез. Этиология. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.

53. Санитарно-эпидемиологический режим родовспомогательных учреждений.

54. Физиология и патология периода новорожденности.

55. Анатомо-физиологические особенности периода новорожденности. Особенности ведения недоношенных новорожденных. Уход и вскармливание.

56. Токсико-септические заболевания новорожденных. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение и профилактика.

57. Асфиксия новорожденных и принципы терапии в зависимости от тяжести состояния. Принципы реанимации новорожденных.

58. Родовая травма новорожденных.

**Раздел 2. Оперативное акушерство**

1. Общие сведения об акушерских операциях. Показания, условия и противопоказания для производства операции. Подготовка к операции. Асептика и антисептика в операционном акушерстве.

2. Выбор метода обезболивания с учетом воздействия на организм матери и плода.

3. Операции при истмико-цервикальной недостаточности. Рассечение промежности. Искусственный разрыв плодного пузыря. Показания, условия, техника и исходы.

4. Родоразрешающие операции. Акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода. Извлечение плода за тазовый конец. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания, условия, обезболивание, техника, осложнения.

5. Операции при повреждении половых органов. Ушивание разрывов влагалища, промежности и шейки матки. Показания, техника, особенности ведения послеоперационного периода, исходы. Показания для удаления матки.

6. Операции в последовом и раннем последовом периоде. Показания, техника, обезболивание.Осложнения, профилактика.

**Раздел 3. Гинекология**

1. Клинико-физиологические особенности репродуктивной системы женщин. Менструальный цикл и его нейроэндокринная регуляция. Анатомо-физиологические особенности половых органов женщины в различные возрастные периоды.

2. Пропедевтика гинекологических заболеваний. Система опроса (анамнеза).

3. Общая симптоматология: боли, бели, нарушения менструального цикла, бесплодие. Факторы, способствующие возникновению гинекологических заболеваний. Методы объективного исследования гинекологических больных. Кольпоскопия. Методы исследования функции яичников. Функциональные пробы, определение гормонов в сыворотке крови. Биопсия (прицельная, конусовидная), раздельное диагностическое выскабливание, аспирационная биопсия, гистероскопия. Определение проходимости маточных труб. Лапаро- и гистероскопия. Цитологическое и гистологическое исследование. Диагностика с помощью ультразвука, компьютерной томографии, ядерно- магнитного резонанса; рентгенологическое и радиоизотопное исследование. Генетические методы исследования. Особенности гинекологического исследования девочек.

4. Гинекологические заболевания в препубертатном и пубертатном возрасте. Физиология и патология перименопаузального периода. Климактерический синдром. Заместительная гормонотерапия.

5. Воспалительные заболевания женских половых органов. Неспецифические и специфические воспалительные заболевания половых органов. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний. Роль макро- и микроорганизмов, условий труда и быта в возникновении, течении воспалительных заболеваний. Особенности течения воспалительных заболеваний в различные периоды жизни женщины. Стертые формы воспалительных заболеваний.

6. Воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Органосохраняющие операции.

7. Гонорея. Этиология. Распространение гонорейной инфекции. Формы гонореи. Гонорея нижнего и верхнего отделов половых путей. Клиника, диагностика, методы провокации. Особенности течения гонореи у девочек. Лечение гонореи у женщин. Лечение гонореи во время беременности, в

послеродовом периоде. Лечение у девочек. Профилактика. Показания к хирургическому лечению воспалительных образований придатков матки.

8. Хламидиоз и трихомониаз женских половых органов. Эпидемиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика.

9. Кандидомикоз половых органов. Роль микоплазм, хламидий, вирусов, анаэробных микроорганизмов в возникновении воспалительных заболеваний женских половых органов. Туберкулез женских половых органов. Патогенез, классификация, клиника. Диагностика, профилактика, терапия.

10. Фармакотерапия и коррекция иммунного гемостаза в лечении воспалительных заболеваний женских половых органов. Физиотерапевтические методы лечения, санаторно-курортное лечение гинекологических больных. Показания и противопоказания.

11. Нарушение менструальной функции. Этиология, патогенез расстройств менструальной функции. Классификация расстройств менструальной функции. Маточные кровотечения при недостаточности второй фазы цикла. Ановуляторные циклы. Дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном, репродуктивном, преклимактерическом и климактерическом периодах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения больных с расстройством менструального цикла, профилактика этих нарушений.

12. Аменорея. Значение генетических нарушений в происхождении первичной аменореи. Маточная и яичниковая формы аменореи. Аменорея надпочечникового генеза и аменорея при заболеваниях щитовидной железы. Вторичная аменорея неуточненного генеза.

13. Дисменорея. Нейро-эндокринные синдромы в гинекологии (климактерический, посткастрационный, нейрообменно-эндокринный, предменструальный, вирильный, поликистозных яичников). Дисгенезия гонад. Тестикулярная феминизация. Адрено- генитальный синдром. Клиника,

диагностика и терапия. Гиперпролактинемия и ее лечение.

14. Фоновые и предраковые заболевания женских половых органов. Заболевания наружных половых органов.

15. Фиброма, миома, липома, крауроз и лейкоплакия вульвы. Рак вульвы и влагалища. Диагностика и лечение. Доброкачественные заболевания шейки матки. Роль вирусов в возникновении фоновых, предраковых заболеваний матки и рака матки.

16. Предрак шейки матки (дисплазия). Цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Диагностика, терапия, профидактика. Классификация, клиника, диагностика и лечение предрака шейки матки.

17. Миома матки. Патогенез, клиника, диагнсотика, консервативные и хирургические методы лечения лейомиомы матки. Показания к выбору метода лечения. Консервативная миомэктомия. Эндоскопическая хирургия при лейомиоме матки. Реабилитационные мероприятия. Саркома матки.

18. Эндометриоз. Теории возникновения эндометриоза. Классификация. Клиника генитального эндометриоза. Клиника экстрагенитального эндометриоза. Хирургические и консервативные методы терапии эндометриоза. Реабилитация больных.

19. Опухоли и опухолевидные образования яичников. Фолликулярные кисты яичников. Кисты желтого тела. Текалютеиновые кисты. Кисты из рудиментарных органов. Кисты из маточных труб, матки, влагалища. Этиология, диагностика, лечебная тактика. Опухоли яичников. Гистологическая классификация, клиника, диагностика, лечение.

20. Гиперпластические процессы эндометрия. Полипы эндометрия. Предрак эндометрия. Методы лечения гиперпластических процессов эндометрия в возрастном аспекте.

21. Рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.

22. Трофобластическая болезнь.

23. Пузырный занос, деструирующий пузырный занос, хорионэпителиома. Клиника. Методы диагностики и лечения.

24. Нарушения развития половых органов.

25. Пороки развития половых органов. Нарушение полового развития. Клинические и гормональные аспекты, диагностика, лечение.

26. Неправильное положение половых органов. Классификация и характеристика аномалий положения половых органов женщин. Причины возникновения. Диагностика и лечение (консервативное, оперативное).

27. Бесплодный брак и вопросы планирования семьи, контрацепция. Женское бесплодие. Причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. Мужское бесплодие. Основные причины. Методика обследования бесплодной супружеской пары. Методы вспомогательных репродуктивных

технологий.

**Раздел 4. Особенности сложившейся научной школы**

1. Механизм регресса миоматозных узлов после эмболизации маточных артерий (иммуноморфологические изменения).

2. Профилактика рецидивов трубно-перитониального бесплодия после лапароскопических операций.

3. Прогностическая значимость процесса формирования рубца на матке после кесарева сечения.

4. Клинико-иммунологические критерии раннего прогнозирования рецидивов наружного генитального эндометриоза.

5. Прогнозирование осложнений тяжелой преэклампсии.

6. Оптимизация репаративных процессов в области разреза на матке при операции кесарева сечения.

7. Медико - социальная характеристика охраны репродуктивного здоровья молодежи Ставропольского края.

8. Оптимизация прегравидарной подготовки пациенток с привычным невынашиванием беременности.

9. Природные и синтетические антиоксиданты в комплексной терапии больных генитальным эндометриозом.

10. Роль адатационных реакций в патогенезе, клинике, диагностике, лечении и реабилитации женщин с невынашиванием беременности.

11. Новый подход к ранней диагностике и дифференцированной терапии цервикальных интраэпителиальных неоплазий.

12. Особенности ведения беременности и родоразрешения при предлежании плаценты.

**Критерии оценки:**

Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоилпрограммный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится аспирантам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине. Оценка «зачтено» выставляется студенту, который показал творческий подход к освоению программы дисциплины, в совершенстве или в достаточной степени овладел теоретическими вопросами дисциплины, показал необходимые умения и навыки.

Оценка «не зачтено» выставляется студенту, который имеет проблемы по отдельным теоретическим разделам дисциплины и не владеет как минимум основными умениями и навыками.

**Разработчики: зав. кафедрой д.м.н., проф., Хашаева Т.Х.-М.**

**Профессор, д.м.н. Омарова Х.М.**

2 сентября 2019 года

**Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Дагестанский государственный медицинский университет»**

**Министерства образования Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**Ситуационные задачи**

**по дисциплине «Специальность 14.01.01 Акушерство и гинекология»**

**Раздел 1 Беременность и роды**

**Задача 1**

Первородящая 17 лет. Беременность доношенная. Регулярная родовая деятельность продолжается 6 часов. Схватки по 40-35 сек., умеренной силы и болезненности, 3 схватки за 10 минут. Воды целы. Положение плода продольное; предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин., слева ниже пупка. ВДМ 40, ОЖ 103 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, растяжимые, открытие 4-5 см. Плодные оболочки целы. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева у лона. Емкость таза удовлетворительная. Сформулируйте диагноз. Составьте план ведения родов.

**Задача 2**

Первобеременная 30 лет. Беременность доношенная. Родовая деятельность продолжается 4 часа. Околоплодные воды целы. Положение плода продольное. Над входом в малый таз — мягкая крупная часть. Сердцебиение плода ритмичное, ясное справа выше пупка. Размеры таза: 25-28-31-20см. ВДМ 35 ОЖ 90 см. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие,растяжимые, открытие 4 см. Плодные оболочки целы. Над входм в малый таз определяется крупная мягкая предлежащая часть.Сформулируйте диагноз. Составьте план ведения родов. Определите перинатальной патологии.

**Задача 3**

Сформулируйте диагноз на основании данных влагалищного исследования (период родов, положение головки, позиция, вид). Шейка матки не определяется. Открытие полное. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа. Пальпации свободно доступны: терминальные линии, вся внутренняя поверхность крестца и симфиза, седалищные ости, седалищные бугры, крестцово-копчиковое сочленение, копчик.

**Задача 4**

Сформулируйте диагноз на основании данных влагалищного исследования (период родов, положение головки, позиция, вид). Шейка матки не определяется, открытие полное. Головка во входе в малый таз, не отталкивается.

Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева. Пальпации доступны: крестцовая впадина, внутренняя поверхность симфиза, седалищные ости, седалищные бугры, крестцово-копчиковое сочленение, копчик.

**Задача 5**

Сформулируйте диагноз на основании данных влагалищного исследования (период родов, положение головки, позиция, вид). Шейка матки не определяется, открытие полное. Головка во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Пальпации не доступны верхний край симфиза и крестца; прощупываются седалищные ости и бугры, большая часть симфиза и крестца, крестцово- копчиковое сочленение, копчик.

**Задача 6**

Сформулируйте диагноз на основании данных влагалищного исследования (период родов, положение головки, позиция, вид). Шейка не определяется, открытие полное. Головка в полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди у лона. Пальпации доступны: нижняя половина симфиза, 3-5 крестцовые позвонки, крестцово-копчиковое сочленение, копчик, седалищные ости и бугры.

**Задача 7**

Сформулируйте диагноз на основании данных влагалищного исследования (период родов, положение головки, позиция, вид).

Шейка не определяется, открытие полное. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у правого крестцово-подвздошного сочленения. Пальпации доступны: нижняя половина симфиза, 3-5 крестцовые позвонки, крестцово-копчиковое сочленение, копчик, седалищные ости и бугры.

**Задача 8**

Сформулируйте диагноз на основании данных влагалищного исследования (период родов, положение головки, позиция, вид). Шейка не определяется, открытие полное. Головка в полости таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона. Пальпации доступны: копчик, седалищные бугры.

**Задача 9**

Сформулируйте диагноз на основании данных влагалищного исследования (период родов, положение головки, позиция, вид). Шейка не определяется, открытие полное. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок у левого крестцово-подвздошного сочленения, большой - справа спереди, выше малого. Пальпации доступны: копчик, седалищные бугры.

**Задача 10**

Первородящая 20 лет. Беременность доношенная. Регулярная родовая деятельность продолжается 8 часов. Схватки по 40-35 сек., умеренной силы и болезненности, 3 схватки за 10 мин. Воды отошли 3 часа назад, светлые.

Положение плода продольное предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. ВДМ 40 см, ОЖ 102 см. Сердцебиение ритмичное, ясное слева ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, мягкие, открытие 5 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева. Сформулируйте диагноз. Составьте план ведения родов. Определите степень риска перинатальной патологии.

**Задача 11**

Первобеременная 32-х лет, направлена в отделение патологии беременных. В течение 2-х лет болеет гипертонической болезнью Iст. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 31 года, беременность наступила сразу, срок ее 34-35 нед. С 30 нед. беременности отмечаются отеки нижних конечностей, в последние две недели - стойкая гипертензия. Состояние беременной при осмотре удовлетворительное, жалоб нет. PS 84 в мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 145/90, 150/90 мм рт. ст. В моче — белок 0,66%0. Живот увеличен за счет беременности ВДМ 35 см ОЖ 96 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 136 в мин., слева ниже пупка. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей. Шейка матки отклонена к крестцу, длиной 3,5 см. ткани ее плотные. Цервикальный канал закрыт. Через своды определяется предлежащая головка. Костный таз не изменен. Сформулируйте диагноз. Составьте план ведения беременной, план лечения.

Определите степень тяжести возникшего осложения, риска перинатальной патологии.

**Задача 12**

Первородящая 23 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью, продолжающейся 6 часов. Настоящая беременность первая, с 30 нед. беременности появились клинические признаки гестационного пиелонефрита.В течение последнего месяца - отеки нижних конечностей, стойкая гипертензия. Состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. PS 80 в мин, ритмичный. АД 160/100 мм. рт ст. Схватки по 40 сек., умеренной силы,болезненные, 3 схватки за 10 мин. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, слева ниже пупка 140 в мин. Размеры таза 25-28-31-20см.ВДМ 36 см., ОЖ 100 см. Отеки нижних и верхних конечностей. В анализе мочи - белок 1,26 %, лейкоцитов 25- 30 в поле зрения. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, мягкие, открытие 4-5 см. Плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Костный таз не изменен. Сформулируйте диагноз. Определите план ведения родов. Ошибки, допущенные в женской консультации? Определите степень тяжести возникшего осложнения, степень риска перинатальной патологии.

**Задача 13**

Первобеременная 35 лет, находится в отделении патологии беременных на лечении в течение недели. С 25 лет страдает латентной формой хронического гломерулонефрита. Менструальная функция с 13 лет, не нарушена. Половая жизнь с 28 лет, в течение 6 лет страдала первичным бесплодием. Беременность 37 нед. С 33 недель - отеки нижних конечностей, стойкая гипертензия, протеинурия. Жалоб нет. PS 94 в мин. ритмичен, АД 170/110 мм.рт.ст. Матка в нормотонусе. ВДМ 33 см, ОЖ 90 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 150 в мин. УЗИ: размеры плода соответствуют 35 нед. беременности, имеется нарушение маточно- плодово-плацентарного кровотока IIБст. Проведенная в течение недели интенсивная терапия —

без эффекта. Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена к крестцу, длиной 3,5 см ткани ее плотные. Цервикальный канал закрыт.Через своды пальпируется предлежащая головка небольших размеров. Костный таз не изменен. Сформулируйте диагноз. Определите тактику ведения беременной. Определите степень тяжести возникшего осложнения, степень риска перинатальной патологии.

**Задача 14**

Повторнобеременная 28 лет, доставлена в отделение интенсивной терапии машиной скорой помощи. С 23 лет страдает гипертонической болезнью IIА степени. Настоящая беременность четвертая. Родов двое, физиологические, аборт один, медицинский. Срок беременности 36 нед. С 32 нед. - стойкое повышение АД, отеки, протеинурия. Жалоб нет. PS 96 в мин., удовл. св-в. АД 175/110 мм. рт. ст. Матка увеличена за счет беременности. ВДМ 30 см. ОЖ 86 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 150 в мин. При УЗИ: размеры плода соответствуют 33 нед. беременности, имеется нарушение маточно-плацентар-ного кровотока IБ степени. Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей. Шейка матки расположена по проводной оси таза, укорочена до 1,5 см., ткани ее мягкие. Цервикальный канал свободно пропускает один палец (2-2,5 см). Плодные оболочки целы. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз, небольших размеров. Костный таз не изменен. Сформулируйте диагноз. Наметьте план ведения беременности и родов. Допущенные ошибки? Определите степень тяжести возникшего осложнения, степень риска перинатальной патологии.

**Задача 15**

Первобеременкая 22 лет, доставлена в отделение интенсивной терапии машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, тошноту. С 15 лет страдает хроническим пиелонефритом. Срок беременности 36-37 нед. С 32 нед. отмечалось повышение АД, отеки нижних конечностей. При поступлении состояние средней тяжести. РS 92 в мин. удовл. св-в. АД 180/110 ми. рт. ст. Лицо одутловато, отеки передней брюшной стенки, нижних конечностей. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. ОЖ 100 см. ВДМ 36 см. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 140 в мин, справа выше пупка. Данные влагалищного иследования: влагалище нерожавшей. Шейка матки отклонена кзади, длиной 3,5 см, ткани ее плотные. Цервикальный канал с трудом пропускает 1 палец. Плодные оболочки целы, предлежит тазовый конец плода. Костный таз без деформаций. Сформулируйте диагноз. Составьте план ведения беременности, план родоразрешения. Допущенные ошибки? Определите степень тяжести возникшего осложнения, степень риска перинатальной патологии.

**Задача 16**

Повторнородящая 25 лет, доставлена в родильное, отделение машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, «мелькание мушек» перед глазами, тошноту, схваткообразные боли внизу живота. Настоящая беременность третья, доношенная. Роды одни, аборт один - медицинский. В 28 нед. беременности перенесла острый гестационный пиелонефрит. С 36 нед. отеки нижних конечностей, повышение АД. При поступлении состояние средней тяжести. PS 94 в мин. удов. св-в. АД 175/110 180/110 мм рт. ст. Родовая деятельность продолжается 4 часа. Схватки по 40-45 сек. сильные, 3-4 схватки за 10 минут. ОЖ-95 см. ВДМ - 36 см. Размеры таза 25-28-31-20. Положение плода продольное. Головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 140 в мин., слева ниже пупка. Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей. Шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, мягкие, открытие 6-7 см. Плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Костный таз не изменен. Сформулируйте диагноз. Составьте план ведения родов. Определите ошибки, допущенные при ведении беременной.

**Раздел 2 Оперативное акушерство**

**Задача 1**

Повторнородящая 38 лет, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременностиВ анамнезе двое физиологических родов, одни патологические, осложнившиеся гипотоническим кровотечением, шесть артифициальных абортов.

Течение настоящих родов осложнилось первичной слабостью родовой деятельности, в связи с чем проводилась родостимуляция окситоцином. Продолжительность первого периода родов 13 часов, второго - 40 мин. Родилась живая доношенная девочка массой 4300. Через 10 мин. самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. С последом выделилось около 200 мл крови. Родовые пути осмотрены в зеркалах — целы. Матка сократилась недостаточно, периодически расслабляется, дно ее на уровне пупка. Из половых путей порциями выделяется кровь жидкая и в сгустках. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Кровопотеря составила 500 мл., продолжается. Сформулируйте диагноз. Меры остановки кровотечения? Ошибки, допущенные при ведении родов? Причины возникшего осложнения?

**Задача 2**

Повторнородящая 32-х лет, поступила в родильное отделение с регулярной

родовой деятельностью при доношенной многоплодной беременности. В анамнезе одни физиологические роды, три артифициальных аборта. Течение настоящих родов осложнилось первичной слабостью родовой деятельности, в связи с чем проводилась родостимуляция окситоцином. Продолжительность первого периода родов 14 часов, второго 1 час. Произошли роды плодами мужского пола массой 3400 и 3600 гр. С целью профилактики кровотечения в третьем периоде родов проводилась инфузия окситоцина. Через 15 мин. После рождения детей самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. С последом выделилось около 300мл крови. Родовые пути осмотрены в зеркалах — целы. Матка сократилась недостаточно, периодически расслабляется, дно ее на 5 см выше пупка. Из половых путей порциями выделяется кровь жидкая и в сгустках. С целью остановки кровотечения последовательно осуществлены следующие мероприятия: холод на низ живота, наружный массаж матки, внутривенно введен метилэргометрин, продолжается инфузия окситоцина, под слизистую оболочку нижнего сегмента матки введен энзапрост, выполнена операция ручного обследования стенок полости матки и массаж матки на кулаке. Кровотечение продолжается, кровопотеря около 900 мл. PS родильницы 100 в мин. АД 90/50 мм.рт.ст. Сформулируйте диагноз. Определите дальнейшую врачебную тактику. Причины возникшего кровотечения?

**Задача 3**

Повторнородящая 25 лет, поступила в poдильное отделение с регулярной родовой деятельность при переношенной беременности.В анамнезе одни физиологические роды, два артифициальных аборта. Первый период настоящих родов протекал без осложнений. Во втором периоде pодов при врезывающейся головке, на высоте потуги роженица почувствовола резкую боль за грудиной, появился озноб. Состояние роженицы тяжелое: выраженный цианоз лица и верхней половины туловища, кашель с мокротой, одышка, обильное потоотделение. АД 70/40 мм.рт.ст. PS 112 в мин. слабого наполнения. ЧДД 40 в мин. За одну потугу родился плод женского пола массой 4200, с признаками перенашивания. Через 5 мин. самостоятельно отделилась, плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. Матка сократилась. Кровопотеря 300 мл. Родильнице оказываются реанимационные мероприятия. Через 15 мин. после окончания родов началось обильное кровотечение из половых путей. Кровь алая, жидкая без сгустков. Появилась кровоточивость в местах инъекций, примесь крови в моче. Сформулируйте диагноз. Меры остановки кровотечения? Причины возникшего кровотечения?

**Задача 4**

Повторнородящая 32 лет, поступила в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота при доношенной беременности и отсутствие шевеления плода в течении недели. В анамнезе двое физиологических родов, двое артифициальных аборта. При настоящей беременности в сроке 34 недель перенесла ангину, две недели назад ОРВИ с высокой температурой. Течение родового акта без осложнений. Продолжительность первого периода 7 часов, второго –30мин. Родился плод мужского пола, мертвый с выраженной мацерацией кожи, увеличением печени и селезенки. Через 10 мин. самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. Мягкие родовые пути осмотрены в зеркалах — целы. Через 20 мин. после окончания родов появилось обильное кровотечение из половых путей алой кровью; кровь

жидкая с небольшим количеством рыхлых сгустков. Матка плотная, введение сокращающих веществ и наружный массаж матки кровотечения не уменьшают. Появилась кровоточивость из мест инъекций, макрогематурия, кровопотеря около 1000 мл., продолжается. АД 90/60 мм трт. ст. PS 110 мин., слабого наполнения. Сформулируйте диагноз. Меры остановки кровотечения? Причины возникшего кровотечения?

**Задача 5**

Первобеременная 27 лет, доставлена в родильное отделение с жалобами на боли в животе распирающего характера, слабость, умеренные кровянистые выделения из половых путей. С 25 лет страдает хроническим гломерулонефритом. В анамнезе одни физиологические роды, два медицинских аборта. Настоящая беременность четвертая, срок ее 36 нед, При сроке беременности 30 нед. появились нарастающие отеки, стойкая гипертензия до 160/100 мм рт. ст. При поступлении общее состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные. Пульс 108 в мин., слабого наполнения. АД 90/60 мм рт. ст. Генерализованные отеки. Матка в гипертонусе, ассиметрична, локальная болезненность при пальпации. Положение плода четко не определяется из-за выраженного тонуса матки. Сердцебиение плода не прослушивается. По экстренным показаниям произведена операция кесарева сечения. Извлечен мертвый плод массой 1800,0. Матка с участками геморрагического пропитывания. В полости матки свободно располагается плацента, не связанная со стенками матки и кровь – жидкая и в сгустках, около 1000 После выделения последа и введения сокращающих веществ, продолжается обильное кровотечение из матки. Кровь не cвертывается, алая. Началось кровотечение из операционной раны, мест инъекций. По катетеру редкими каплями выделяется моча бурого цвета. Сформулируйте диагноз. Меры остановки кровотечения? Причина возникшего осложнения?

**Задача 6**

Повторнородящая 35 лет поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. В анамнезе двое физиологических родов, пять артифициальных абортов без осложнений.

Течение настоящих родов осложнилось дискоординацией родовой деятельности, проводилось консервативное лечение с положительным эффектом. Течение первого периода родов - 12 час, второго - 30 мин. Произошли роды плодом мужского пола массой 4200 Через 15 мин. после

рождения плода самостоятельно отделилась плацента и выделился послед со всеми дольками и оболочками. С последом выделилось около 400 мл. крови. Родовые пути осмотрены в зеркалах — целы. Матка сократилась недостаточно, периодически расслабляется, дно ее на уровне пупка. Из половых путей порциями выделяется кровь жидкая и в сгустках. В борьбе с кровотечением последовательно применены наружный массаж матки, сокращающие средства, ручное обследование стенок полости матки и массаж матки на кулаке. Матка сократилась. Общая кровопотеря 1100-1200 мл. Состояние родильницы ухудшилось. Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. PS 118 в мин. слабого наполнения. АД 90/50 мм рт. ст.

Кровотечение продолжается алой кровью без сгустков. Появилась кровоточивость из мест инъекций. Время свертывания крови по Ли-Уайту 18мин. Сформулируйте диагноз. Меры борьбы с кровотечением? Причина возникшего осложнения?

**Задача 7**

Беременная, массой тела 70 кг. В связи с полным предлежанием плаценты развилось кровотечение. Общая кровопотеря 1900 мл. Определите уровень кровезамещения (дефицит ОЦК). Составьте план инфузионно- трансфузионной терапии.

**Задача 8**

Беременная с массой тела 70 кг. В связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты развилось кровотечение. Общая кровопотеря составила 1200 мл. Определите уровень кровезамещения (дефицит ОЦК). Составьте план инфузнонно- трансфузионной терапии.

Задача 9

Родильница с массой тела 70 кг.Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением. Общая кровопотеря составила 2500 мл. Определите уровень кровезамещения (дефицит ОЦК). Составьте план инфузионно- трансфузионной терапии.

**Задача 10**

Роженица с массой тела 60 кг. Течение родов осложнилось частичной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Общая кровопотеря составила 850 мл.Определите уровень кровезамещения (дефицит ОЦК). Составьте план инфузионно-трансфузионной терапии.

**Задача 11**

Роженица с массой тела 70 кг. Течение родов осложнилось частичным плотным прикреплением плаценты, кровотечением. Общая кровопотеря составила 600 мл. Определите уровень кровезамещения (дефицит ОЦК). Составьте план ннфузионно-трансфузионной терапии.

**Задача 12**

Роженица с массой тела 70 кг. Течение родов осложнилось тотальной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, синдромом ДВС (2 фаза) Общая кровопотеря составила 2000 мл.

Определите уровень кровезамещения (дефицит ОЦК). Составьте план ин-фузионно- трансфузионной терапии.

**Задачи по гинекологии**

**Задача 1**

Пациентка 26 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирущие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад, тест на беременность – положительный. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 на 5 см, резко болезненное при пальпации, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 2**

Пациентка 54 лет обратилась к врачу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева, которые периодически беспокоят больную в течение 3 месяцев. Постменопауза 2 года. При двуручном исследовании выявлено: тело матки не увеличено, слева и кзади от матки определяется объемное образование 6 на 7 см в диаметре овоидной формы, тугоэластической консистенции, малоподвижное, чувствительное при пальпации. По данным ультразвукового исследования: слева от матки визуализируется гипоэхогенное многокамерное образование с перегородками размерами 6 х 7 см.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 3**

Больная 20 лет поступила в отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, возникшие внезапно, после поднятия тяжести, слабость, тошноту. Из анамнеза: последняя менструация была 2 недели назад. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Пульс 110 уд. в минуту, ритмичен. ЧД – 26 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. В левой подвздошной области выражен дефанс мышц передней брюшной стенки. Перитонеальные симптомы не определяются. В отлогих местах отмечается притупление перкуторного звука.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

**Задача 4**

Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, недомогание. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, «каменистой» плотности, неподвижные, с бугристой поверхностью, спаянные с окружающими тканями, болезненные при пальпации.

Диагноз? Тактика обследования и лечения?

**Задача 5**

Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза выявлено, что 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется кратерообразное углубление 0,5 на 0,7 см с неровными краями, из которого на момент осмотра поступает кровь в незначительном количестве.

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 6**

Пациентка 23 лет жалуется на схваткообразные боли в правой подвздошной области, незначительные кровяные выделения из влагалища. Последняя нормальная менструация была 6 недель назад. Из анамнеза: в детстве больная перенесла аппендэктомию, осложненную перитонитом. При осмотре в зеркалах выявлено: шейка матки цилиндрической формы, цианотична, наружный зев закрыт, из цервикального канала выделяется темная кровь. При двуручном исследовании: тело матки больше нормы, справа определяется образование тестоватой консистенции, размерами 4 на 5 см, болезненное при пальпации. Область левых придатков без особенностей.

Предполагаемый диагноз и план ведения?

**Задача 7**

Пациентка 29 лет обратилась к гинекологу с жалобами на скудные, нерегулярные менструации. Из анамнеза: менархе в 12 лет. В 14-летнем возрасте больная перенесла корь, осложнившуюся менингоэнцефалитом. После перенесенного заболевания менструальный цикл стал нерегулярным, отмечалась прибавка в весе, в течение последних 2 лет наблюдается избыточное оволосение над верхней губой и на внутренней поверхности бедер. Беременностей не было.

Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести?

**Задача 8**

Пациентка 31 года обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет. В анамнезе у пациентки 1 роды, 4 аборта. 6 лет назад больная лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого двустороннего сальпингоофорита с образованием тубовариальных воспалительных опухолей с обеих сторон, пельвиоперитонита. По данным базальной термометрии – двухфазный менструальный цикл. Исследование гормонального профиля пациентки – без патологии. Показатели спермограммы мужа в пределах нормативных значений.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 9**

Больная 21 года поступила в приемное отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из влагалища. Последняя менструация 8 недель назад. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется большое количество сгустков крови с участками губчатой ткани темно-багрового цвета. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, мягковатое, болезненное, возбудимое при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? План лечения?

**Задача 10**

Пациентка 42 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 3 недели назад. 5 дней назад вновь появились кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. В течение 7 лет больная наблюдается по поводу миомы матки. При двуручном исследовании установлено: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 11**

Пациентка 53 лет предъявляет жалобы на тянущие боли в низу живота, склонность к запорам. Постменопауза 4 года. В течение 15 лет больная наблюдалась у гинеколога по поводу миомы матки. Последний визит к врачу – 3 года назад. При двуручном исследовании определяется тело матки, увеличенное до 17-18 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Область придатков с обеих сторон без особенностей.

Диагноз? План лечения?

**Задача 12**

При профилактическом ультразвуковом исследовании у пациентки 39 лет выявлено: тело матки расположено срединно, не увеличено, с четкими, ровными контурами, М-эхо соответствует дню менструального цикла, правый яичник 21 х 19 х 16 мм, с фолликулами величиной 3-6 мм. Левый яичник представлен однокамерным гипоэхогенным образованием 35 х 38 мм, с утолщенной капсулой, по внутренней поверхности которой визуализируются единичные сосочковые разрастания величиной 4-7 мм.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 13**

У пациентки 33 лет отмечаются болезненные, обильные менструации, сопровождающиеся «мажущими» кровянистыми выделениями до менструации. Больная отмечает нарастание болевого синдрома до менструации и особенно в ее первый день. При двуручном исследовании выявлено: тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, с гладкой поверхностью, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. При ультразвуковом сканировании выявлена выраженная «неоднородность», «ячеистость» структуры миометрия, с чередованием гипер- и гипоэхогенных участков, особенно по задней стенке.

Диагноз? Тактика обследования и лечения?

**Задача 14**

Пациентка 30 лет жалуется на тянущие боли в нижних отделах живота, появляющиеся до менструации и исчезающие в первые дни цикла. В анамнезе больная перенесла резекцию левого яичника по поводу эндометриоидной кисты. При двуручном исследовании выявлено: слева и кзади от матки пальпируется объемное образование округлой формы, тугоэластической консистенции, 5 х 6 см в диаметре, чувствительное при исследовании. При трансвагинальной эхографии слева от матки определяется округлое образование 5х6 см однокамерное, содержимое - с мелкодисперсной взвесью, смещаемой при легкой перкуссии датчиком.

Диагноз и тактика ведения?

**Задача 15**

Пациентка 17 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева. Менструации с 12 лет, установились в течение 6 месяцев, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь пациентка отрицает. Произведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, при котором выявлено: тело матки 35 х 21 х 17 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо соответствует дню менструального цикла. Правый яичника без особенностей. В проекции левого яичника определяется округлое однокамерное образование 35 х 36 мм анэхогенной эхоструктуры, с тонкой стенкой.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

**Задача 16**

Больная 78 лет обратилась к гинекологу поликлиники с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: постменопауза 27 лет, в течение которых пациентка у гинеколога не наблюдалась. Гинекологические заболевания отрицает. При двуручном исследовании патологии не выявлено. При трансвагинальном сканировании установлено: тело матки 56 х 35 х 24 мм, с четкими контурами. М-эхо 16 мм, неоднородного строения, граница между эндометрием и миометрием по передней стенке нечеткая, с фестончатыми краями.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения больной?

**Задача 17**

Пациентка 37 лет отмечает изменение характера менструального цикла в течение последних 6 месяцев: менструации стали более обильными, болезненными. При двуручном исследовании патологии не выявлено. При ультразвуковом сканировании: тело матки 51х31х24 мм, миометрий однородного строения. М-эхо толщиной 18 мм, в верхней трети полости матки определяется гиперэхогенное образование 5 х 4 мм.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 18**

Пациентка 25 лет заболела остро, на 5 день менструального цикла, когда появились тянущие боли в нижних отделах живота, выделения из влагалища с неприятным запахом. В течение последних 2 дней отмечался подъем температуры до 37,5-38,0ºС. При осмотре в зеркалах: из цервикального канала гноевидное отделяемое в умеренном количестве. При двуручном исследовании тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненные при исследовании. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 19**

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности. Менструации с 13 лет, нерегулярные, через 30-45 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе беременностей не было. При гинекологическом осмотре и ультразвуковом исследовании патологии не выявлено. По данным тестов функциональной диагностики – монофазный тип кривой (температура не превышает 36,4 – 36,8ºС).

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

**Задача 20**

Пациентка 47 лет поступила в стационар с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота, возникшие после поднятия тяжести. Последняя менструация 3 недели назад. Кожные покровы обычной окраски, АД 120/80 мм. рт.ст., пульс 100 ударов/мин., ритмичен. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в нижних отделах. Осмотр затруднен из-за защитного напряжения мышц передней брюшной стенки. При двуручном исследовании: справа от матки объемное образование 12 х 14 см в диаметре, овоидной формы, малоподвижное, резко болезненное при исследовании. Из анамнеза известно, что пациентка наблюдается у гинеколога по поводу цистаденомы правого яичника.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 21**

Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на задержку менструации на 7 дней. Последняя менструация 5 недель назад. Тест на ХГ в домашних условиях положительный. При осмотре состояние удовлетворительное. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. При двуручном исследовании тело матки больше нормы, справа от матки пальпируется образование 3х4 см, слегка чувствительное свободные глубокие. При трансвагинальной эхографии М-эхо толщиной 18 мм, плодное яйцо в полости матки не определяется.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 22**

Больная 34 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, подъем температуры до 38,2ºС, обильные выделения из влагалища с неприятным запахом. Последняя менструация 8 дней назад. Из анамнеза известно, что 10 лет назад пациентке был установлен ВМК. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, из цервикального канала исходят «нити» ВМК, отмечаются обильные гноевидные выделения. При двуручном исследовании: тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягковатое, малоподвижное, болезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненные. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 23**

Пациентка 22 лет обратилась с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 6 недель назад. Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, язык влажный. АД 120/75 мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, не вздут, перитонеальных симптомов нет. Осмотр при помощи зеркал: шейка цилиндрической формы, цианотична, наружный зев закрыт, из цервикального канала скудные кровяные выделения. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягкое, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика обследования и лечения?

**Задача 24**

У больной 37 лет, наблюдавшейся у гинеколога по поводу миомы матки, в течение 2 недель продолжаются кровяные выделения из половых путей. Менструации через 30 дней, по 8 дней, обильные, со сгустками, безболезненные. В течение последних 6 месяцев больная отмечает недомогание, слабость. При объективном обследовании наблюдается бледность кожных покровов. Живот мягкий, безболезненный. Клинический анализ крови – Hb – 91 г/л, эритроциты – 2,4 х 106.

Диагноз? План ведения?

**Задача 25**

У больной 24 лет на профилактическом гинекологическом осмотре вокруг наружного зева шейки матки выявлен участок ярко-красного цвета 0,5 х 0,7 мм с четкими контурами, который не кровоточит при контакте. При двуручном исследовании патологии не выявлено.

Предполагаемый диагноз? План обследования и лечения данной пациентки.

**Задача 26**

У больной 33 лет при осмотре в зеркалах на передней губе шейки матки выявлен участок белесоватого цвета с ровными четкими контурами, возвышающийся над здоровой поверхностью шейки матки.

Предполагаемый диагноз?

Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для верификации диагноза?

**Задача 27**

Больная 28 лет поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирущие в область прямой кишки, предобморочное состояние, головокружение, слабость. Кожные покровы бледные, АД 90/65 мм.рт.ст. Пульс 110 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, вздут, болезненный в нижних отделах, особенно в левой подвздошной области. При перкуссии наблюдается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Последняя нормальная менструация 3 недели назад. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад у больной выявлена киста желтого тела левого яичника, по поводу которой она наблюдается у гинеколога.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 28**

Пациентка 49 лет обратилась к гинекологу по поводу периодически беспокоящих тянущих болей в низу живота. Впервые боли появились год назад. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация 3 недели назад. При ультразвуковом сканировании справа от матки определяется объемное образование гипоэхогенной эхоструктуры, однокамерное, овоидной формы 6 х 7 см в диаметре, толщина стенки 3 мм. Внутренняя поверхность капсулы гладкая.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 29**

Пациентка 48 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из половых путей. В течение 5 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки. Последняя менструация началась 7 дней назад. При осмотре в зеркалах шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется округлое образование 1,5 х 2 см с гладкой поверхностью, багрово-цианотичной окраски на тонкой ножке. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, резко болезненное, плотное, с бугристой поверхностью.

Диагноз и план ведения?

**Задача 30**

Пациентка 30 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в низу живота, гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38,0ºС. Неделю назад пациентке был произведен медицинский аборт на сроке беременности 7 недель. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, малоподвижное, болезненное при пальпации, мягковатой консистенции. Придатки без особенностей. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 31**

Пациентка 45 лет поступила в приемное отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, сухость во рту, тошноту. Последняя менструация 3 недели назад. В течение 10 лет наблюдается у гинеколога по поводу множественной миомы матки. Заболела остро, когда после физической нагрузки внезапно возникли боли, недомогание. При осмотре тело матки увеличено до 12 недель беременности, из дна матки исходит округлое образование с четкими контурами, размерами 6х7 см, резко болезненное при исследовании.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

**Задача 32**

У больной 25 лет при скрининговом ультразвуковом исследовании обнаружено: тело матки и правые придатки без особенностей. Левый яичника размерами 66 х 57 х 58 мм, из нижнего полюса исходит образование округлой формы 44 х 47 мм неоднородной эхоструктуры, содержащее включения гипо – и гиперэхогенной плотности. По внутренней стенке образования определяется гиперэхогенная структура 12х14 мм, напоминающая по форме бугорок.

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 33**

При ультразвуковом сканировании у пациентки 22 лет выявлено: тело матки не увеличено, толщина и эхогенность М-эхо соответствуют дню менструального цикла. Правый яичника 28 х 21 х 16 мм, левый яичник 22 х 18 х 13 мм. Медиальнее, между телом матки и левым яичником определяется однокамерное образование округлой формы с ровными контурами анэхогенной структуры 20 х 24 мм.

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 34**

У больной 65 лет при профилактическом ультразвуковом исследовании выявлено: тело матки 41 х 25 х 18 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры. М-эхо 9 мм, неоднородного строения. Граница между М-эхо и миометрием ровная, тонкая на всем протяжении. Пациентка жалоб не предъявляет. Постменопауза 15 лет.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 35**

Больная 36 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструации в течение 6 месяцев, усиление роста волос над верхней губой, огрубение голоса. При гинекологическом исследовании патологии не выявлено. Произведено УЗИ, при котором обнаружено: тело матки размерами 42х25х21 мм, миометрий однородного строения, с четкими контурами. Левый яичник 24х21х16 мм с единичными фолликулами диаметром не более 5 мм. Правый яичник 46х42х30 мм, в структуре - округлое образование солидного строения, повышенной эхогенности 25 х 27 мм.

Предполагаемый диагноз? Тактика лечения?

**Задача 36**

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела до 39,5ºС, озноб, гноевидные выделения из половых путей. В анамнезе у больной хронический аднексит. Последняя менструация – 2 недели назад, после чего появились незначительные ноющие боли в низу живота, самостоятельно лечилась антибиотиками – с временным положительным эффектом. В течение последних суток самочувствие ухудшилось. При гинекологическом осмотре тело матки не увеличено, безболезненное, плотное, подвижное. Справа и слева от матки определяются объемные образования размерами 6х8 см, неподвижные, округлой формы, болезненные при пальпации.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 37**

Больная 38 лет в течение года отмечает длительные, обильные менструации, нередко – со сгустками. В течение 3 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки. При ультразвуковом исследовании на 7 день цикла выявлено: тело матки увеличено до 8 недель беременности, с четкими неровными контурами, в структуре миометрия визуализируются множественные миоматозные узлы, один из которых расположен по задней стенке, размерами 15х18 мм, деформирует полость матки. М-эхо 14 мм, неоднородного строения. Правый и левый яичники без патологии.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 38**

Пациентка 32 лет жалуется на отсутствие беременности в течение 5 лет. Менструальный цикл не нарушен. По данным гинекологического обследования, исследования гормонального статуса и ультразвукового сканирования патологии не выявлено. Обследование по тестам функциональной диагностики выявило двухфазный менструальный цикл. Показатели спермограммы мужа – в пределах нормативных значений. При диагностической лапароскопии на брюшине Дугласова пространства и маточных труб выявлены единичные очаги округлой формы синюшного цвета размерами не более 4-7 мм.

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача 39**

Больная 27 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 5 дней. Последняя менструация 3 недели назад. При двуручном исследовании тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие. При ультразвуковом сканировании тело матки с четкими ровными контурами, 46х24х19мм. М-эхо 4 мм, однородное. Яичники – без патологии. Содержание β-субъединицы ХГ(хорионического гонадотропина) в крови = 0 ЕД.

Диагноз? План ведения?

**Задача 40**

Беременность 20 недель. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но даже уменьшилась, по величине соответствует 10 недельному сроку. Шейка матки закрыта, выделений нет. Самочувствие и общее состояние удовлетворительные.

Диагноз. План ведения.

**Задача 41**

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные кровяные выделения. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет, в браке, без предохранения от беременности. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные кровяные выделения. При осмотре шейки матки при помощи зеркал - поверхность вокруг наружного зева ярко-красного цвета, покрытая гноевидными выделениями, размером 2x2 см. При влагалищном исследовании - пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки - без особенностей. Выделения - бели с примесью крови.

Диагноз? План ведения?

**Задача 42**

Больная 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - 2 дня назад. Заболела остро, после случайной половой связи. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39,0°С. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном исследовании матка и придатки четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Выделения обильные, гноевидные.

Диагноз? План ведения?

**Задача 43**

Больная 56 лет поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей.

Постменопаузальный период 6 лет. В анамнезе - миома матки малых размеров. Последнее посещение гинеколога 5 лет назад.

Предположительный диагноз? План обследования?

**Задача 44**

Больная 45 лет предъявляет жалобы на ациклические кровяные выделения, которые беспокоят в течение 6 месяцев. По данным УЗИ - гиперплазия эндометрия.

Предположительный диагноз? План обследования?

**Задача 45**

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа - не увеличены, безболезненные. Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная. Диагноз? Дифференциальный диагноз? План ведения?

**Задача 46** Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона.

Предполагаемый диагноз? План дальнейшего обследования?

**Задача 47**

Больная 29 лет. Первичное бесплодие (в браке 4 года). Задержка менструации на 4 недели.

Жалоб нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещение шейки матки безболезненное, тело матки несколько увеличено, мягковатое, справа- утолщенные, мягковатые придатки, своды свободные, безболезненные, выделения светлые.

Диагноз предположительный? С какими заболеваниями следует проводить

дифференциальный диагноз? План обследования?

**Задача 48**

Больная 38 лет, в анамнезе 2 родов и 3 аборта. Контрацепция ВМС 5 лет. Менструальная функция не нарушена. Через 10 дней после окончания очередной менструации появились боли внизу живота и обильные выделения гнойного характера из половых путей, в связи, с чем обратилась к врачу. Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые обычной окраски. Температура 37,7°С, L - 9,4x109. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, перитониальных симптомов нет. В зеркалах - шейка матки цилиндрическая, из цервикального канала визуализируются контрольные нити ВМС и умеренные слизисто-гнойные выделения. При двуручном исследовании - шейка матки без особенностей, матка несколько больше нормальных размеров, мягко-эластической консистенции, подвижная, умеренно болезненная. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Своды глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 49**

Больной 48 лет, предстоит оперативное лечение по поводу множественной миомы матки, размерами соответствующей 18 недель беременности. Жалуется на слабость. Последние 6 месяцев отмечает обильные и длительные менструации. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, пульс 84 уд/мин. АД 110/60 мм. рт. ст. НЬ - 76 г/л.

Диагноз? Какие исследования следует произвести?

Тактика? Какая должна быть предоперационная подготовка у данной больной? Объем операции?

**Задача 50**

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 искусственных медицинских аборта. Неоднократно лечилась стационарно по поводу воспалительного процесса придатков матки. При двуручном 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? Объем операции?

**Задача 51**

Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные. В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время

менструации. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки без особенностей. Слева и кзади от матки определяется образование до 5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, неподвижное, спаянное с окружающими тканями, болезненное при пальпации. При осмотре в динамике отмечается некоторое увеличение размеров образования накануне менструации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника образование с нечеткими контурами, утолщенной оболочкой, однокамерное, до 5-6 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

**Задача 52**

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, осложнился эндометритом. В течение месяца беспокоят боли внизу живота ноющего характера. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки не изменены. В области левых придатков определяется образование округлой формы, мягкоэластичной консистенции до 5-6 см в диаметре, болезненное при пальпации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника - однокамерное образование, с плотной капсулой со взвесью, до 5 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

**Задача 5**

Больная 35 лет. Жалобы на боли внизу живота, больше справа, тянущего характера. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, обильные и болезненные. Из перенесенных заболеваний отмечает хроническое воспаление придатков матки. Боли беспокоят в течение 3-х лет, последние 6 мес. - усилились. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется округлое образование, мягкоэластической консистенции, до 8-9 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник определяется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним - определяется тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым, округлое, до 8 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

**Задача 54**

Больная 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровяные выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации и боли в нижних отделах живота во время менструации. Эти симптомы появились у нее в течение последнего года. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей - 3.

Первая - закончилась нормальными родами, другие беременности - абортами по желанию. Из гинекологических заболеваний отмечает «эрозию» шейки матки после родов, лечение - диатермокоагуляция. Гинекологический статус - при осмотре при помощи зеркал на шейке матки следы коагуляции и несколько «глазков» сине-багрового цвета. При двуручном исследовании - шейка матки обычной плотности, матка шаровидной формы, безболезненная,

чуть больше нормы. Придатки не пальпируются.

Диагноз? План ведения? С какого метода следует начать обследование шейки матки? Чем объяснить изменение формы и величины тела матки?

**Задача 55**

Больная 32 лет доставлена в клинику с жалобами на резкие боли внизу живота схваткообразного характера. Боли сопровождались полуобморочным состоянием, головокружением, рвотой. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, не прекращается в течение 2-х недель. Из объективных данных обращает на себя внимание бледность кожных покровов, учащение пульса до 100 уд/мин., снижение АД до 90/60 мм. рт. ст. Живот вздут, напряжен, резко болезненный в нижних отделах, при перкуссии - притупление звука в нижних отделах. При осмотре с помощью зеркал: стенки влагалища и шейки матки цианотичные, из цервикального канала - скудные кровяные выделения. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: движения за шейку матки резко болезненны, матка увеличена до 5 недель беременности, мягковатая. Правые придатки увеличены, болезненны при пальпации. Левые придатки без особенностей. Задний свод выбухает.

Диагноз? Методы дополнительной диагностики? Тактика ведения.

**Задача 56**

Больная 32 лет, доставлена в больницу в тяжелом состоянии, с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов. Боли режущего характера, начались ночью, была кратковременная потеря сознания. Из анамнеза - менструации регулярные, безболезненные. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Из объективных данных обращает на себя внимание учащение пульса до 110 уд/мин., 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. Осмотр при помощи зеркал - патологии шейки матки и стенок влагалища не выявлено. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании обнаружено: шейка матки плотная, цилиндрической формы, зев закрыт, матка несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний полюс опухоли тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны.

Диагноз? Тактика ведения?

**Задача 57**

В гинекологическое отделение доставлена больная 60 лет с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. В моче и кале присутствует кровь. Состояние средней тяжести пульс - 90 /мин, слабого наполнения, АД - 90/60 мм. рт. ст., t - 37,2° С. Больная истощена. Кожа и видимые слизистые бледные. Через переднюю брюшную стенку в гипогастральной области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Гинекологическое исследование: при осмотре при помощи зеркал влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев». При двуручном абдоминальном влагалищно-ректальном 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.

Диагноз? Методы исследования. Чем объяснить наличие болей в левом бедре? Какие профилактические меры применяются в женской консультации для выявления заболевания на ранних стадиях? Какое лечение необходимо провести данной больной?

**Задача 58**

Больная 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации. Менструации с 10 лет, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последний год - менструации по 7-10 дней, обильные. Половая жизнь с 30 лет. Было 2 беременности: обе закончились искусственными абортами, без осложнений. 6 лет назад была обнаружена миома матки величиной до 6-7 недель беременности. В последний год стала

отмечать ухудшение самочувствия, слабость после окончания менструации. Полгода назад миома соответствовала 9-недельному сроку беременности. Данные объективного обследования: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейка матки чистые, при двуручном исследовании: матка - до 12-недельного срока беременности, бугристая, безболезненная. Придатки не увеличены. Выделения кровяные, умеренные.

Диагноз? Дифференциальный диагноз. Тактика ведения.

**Задача 59**

Больная 37 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровяные выделения из половых путей.

В течение последних 2-х лет у больной менструации стали по 7-8 дней, болезненные. После менструации появляются слабость, головокружение.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. PS - 90 уд/мин, АД - 115/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейки матки чистые, выделения кровянистые, незначительные. При двуручном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, движения за шейку чувствительные. Матка - до 10-11 недель беременности, плотная, бугристая, безболезненная. Придатки без особенностей. Своды глубокие. В анализе крови: гемоглобин 82 г/л лейкоциты 7,8x109 л, СОЭ - 5 мм/час.

Диагноз? Тактика ведения.

**Задача 60**

Больная 38 лет, в анамнезе - роды, аборты (без осложнений). Поступила в больницу с жалобами на задержку менструации на 6 недель, ноющие боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей в течение 2-х дней.

Состояние удовлетворительное, пульс 96 уд/мин., ритмичный, АД 110/60 мм. рт. ст., живот мягкий, несколько болезненный в нижних отделах. При гинекологическом осмотре стенки влагалища и шейка матки синюшная, из шеечного канала - незначительные кровяные выделения, тело матки соответствует 5 неделям беременности, мягковатое, наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки без особенностей. Своды свободные. Температура 36,7°С, лейкоциты 7,0 х 109 /л, гемоглобин 100 г/л.

Предполагаемый диагноз? План обследования для уточнения диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение данной больной.

**Задача 61**

Пациентка 16 лет жалуется на возникновение ежемесячных тянущих болей в низу живота в течение 6 месяцев, сопровождающихся нагрубанием молочных желез, иррадиацией на прямую кишку, затрудненным мочеиспусканием. Наличие менструаций и половую жизнь отрицает. Состояние удовлетворительное. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании в малом тазу определяется опухолевидное образование мягкой консистенции, чувствительное при исследовании. При обследовании мочевой системы была выявлена аплазия почки.

Диагноз? План ведения?

**Задача 62**

Больная 36 лет обратилась в клинику с жалобами на невынашивание беременности. Из анамнеза: менструальная функция без особенностей, половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременностей - 3, закончились самопроизвольными выкидышами до 12 недель беременности. При выскабливаниях выявлялась деформация полости матки в области дна, по-видимому, за счет перегородки. Инфекционный и гормональный генез невынашивания отвергнут.

Диагноз? План ведения?

**Задача 63**

Больная 19 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение после искусственного прерывания беременности с подозрением на хорионкарциному. При осмотре в малом тазу обнаружено опухолевидное образование мягкой консистенции, смещаемое вместе с маткой. Стенки влагалища и шейки матки цианотичны. В деформированной шейке определяются два наружных зева. При зондировании через один из них - длина матки 8 см, через другой - 12 см. Субъективные признаки беременности после произведенного аборта не исчезли.

Диагноз? План ведения?

**Задача 64**

Больная 32 лет, жалобы на обильные выделения с неприятным запахом, особенно после полового акта или во время менструации. При осмотре влагалища - гомогенные выделения, с неприятным «рыбным» запахом. В мазках, окрашенных по Грамму: лейкоциты 10-15 в поле зрения, обильная кокковая флора, наличие «ключевых клеток»

Диагноз? Лечение?

**Задача 65**

Больная 25 лет обратилась с жалобами на недомогание, головную боль, субфебрильную температуру. Отмечает зуд, жжение, появление высыпаний в области влагалища и промежности. Осмотр наружных половых органов и влагалища: гиперемия и отечность больших половых губ и влагалища, наличие высыпаний в виде отдельных везикулярных элементов величиной 2-3 мм на эритематозном основании.

Диагноз? План ведения.

**Задача 66**

Пациентка, 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет регулярной половой жизни. Из анамнеза: менструации с 15 лет, не регулярные скудные. В детстве - вираж туберкулиновых проб. Семейный анамнез отягощен по туберкулезу, мать болела туберкулезом легких. В браке 5 лет, по поводу бесплодия не обследовалась. На гистеросальпингографии непроходимость маточных труб в ампулярном отделе. При проведении пробы Коха - положительная реакция.

Диагноз? План ведения?

**ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ ПО ГИНЕКОЛОГИИ:**

**Задача 1**

Диагноз: Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта.

Необходимо - определение ХГЧ, УЗИ.

Должно быть: ХГЧ+, при УЗИ плодное яйцо в матке отсутствует.

Лечение: Лапароскопия, пункция заднего свода влагалища.

**Задача 2**

Диагноз: Цистаденома яичника (многокамерная => муцинозная). Тактика определяется интраоперационно: cito гистология. Если гладкое образование, без разрастаний, следовательно, доброкачественное, показана аднексэктомия.

Если пограничное или злокачественное, рекомендована надвлагалищная ампутация матки с придатками.

NOTA BENE: Может быть метастаз Крюкенберга в яичник из ЖКТ => CHECK ЖКТ! Определить онкомаркеры!

**Задача 3**

Диагноз: Апоплексия яичника (нарушения гемодинамики, притупление перкуторного звука, вследствие крови в брюшной полости).

Показано оперативное лечение: лапароскопия, инфузионная терапия.

**Задача 4**

Диагноз: Рак яичника или метастаз Крукенберга.

Обследовать ЖКТ.

Показано - оперативное лечение (если метастазы, то операция не поможет, только химиотерапия и периодически лапароцентез).

Если доброкачественная опухоль – оперативное лечение.

**Задача 5**

Диагноз: Рак шейки матки, II стадия.

Показана колькоскопия, онкоцитологическое исследование (РАР тест), биопсия измененного участка шейки матки: добро- или злокачественная, если злокачественная, то низко- или высокодифференцирована.

Операция Вертгейма (расширенная радикальная гистерэктомия).

**Задача 6**

Дифференциальный диагноз между трубной беременностью и абортом в ходу.

УЗИ, выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием, кульдоцентез. Аппендицит исключен.

**Задача 7**

Диагноз: нарушение менструального цикла – вторичный гипоменструальный синдром центрального генеза (вторичный поликистоз).

Необходимо рентгенологическое исследование турецкого седла, УЗИ органов малого таза.

Определение гормонального профиля - анализ крови на ЛГ, ФСГ, ПРЛ, тестостерон, ДЭАС.

Выявление инсулинорезистентности – глюкозотолерантный тест.

**Задача 8**

Диагноз: Вторичное бесплодие. Трубно-перитониальный фактор.

Показана лечебно-диагностическая лапароскопия.

Не делать гистеросальпингографию (возможно обострение).

**Задача 9**

Диагноз: аборт в ходу.

Показано - РДВ (раздельное диагностическое выскабливание).

**Задача 10**

Диагноз: Множественная субмукозная миома матки, метроррагия.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание). Для сохранения репродуктивной функции – эмболизация маточных артерий (для нарушения питания миомы).

**Задача 11**

Диагноз: Миома матки, рост в менопаузе, может быть озлокачествление (саркома).

Лечение: оперативное, объем операции определить интраоперационно: cito гистология. NOTA BENE онкомаркеры.

**Задача 12**

Диагноз: Папиллярная серозная аденома яичника.

Посмотреть кровоснабжение образования (допплерометрия).

Определение онкомаркеров. Обследовать ЖКТ.

Лапаротомия - объем операции определить интраоперационно.

**Задача 13**

Диагноз: Аденомиоз.

Рекомендована гистероскопия.

Лечение зависит от репродуктивной функции. Если хочет сохранить репродуктивную функцию, назначаем оральные контрацептивы, диеногест; если необязательно, то экстирпация матки.

**Задача 14**

Диагноз: Эндометриоидная киста яичника, рецидив.

Лечение: оперативное (резекция с сохранением ткани яичника).

**Задача 15**

Диагноз: Фолликулярная киста (т.к. анэхогенная структура), или параовариальная киста.

Лечение: динамическое наблюдение, УЗИ. Если параовариальная киста, то оперативное лечение.

**Задача 16**

Диагноз: Рак эндометрия.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание) с гистологическим исследованием. Показана экстирпация матки с придатками с резекцией сальника.

**Задача 17**

Диагноз: Полип эндометрия.

Лечение - гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание) с гистологическим исследованием.

**Задача 18**

Диагноз: Острый двусторонний аднексит.

Лечение – мазок на флору и чувствительность к антибиотикам. Антибактериальная терапия, противовоспалительная.

**Задача 19**

Диагноз: Первичное бесплодие эндокринного генеза.

Определить спермограмму мужа, гормональный профиль (исключить гиперпролактинемию, гиперандрогению), УЗИ надпочечников и гонад.

Лечение: если гиперпролактинемия, то парлодел (бромокриптин), если надпочечниковая гипернадрогения – дексаметазон, + стимуляция овуляции.

**Задача 20**

Диагноз: Перекрут цистаденомы.

Лечение оперативное – аднексэктомия.

**Задача 21**

Диагноз: Трубная беременность (через неделю может стать маточной, плодное яйцо переместится в полость матки).

Динамическое наблюдение, УЗИ. ХГЧ.

**Задача 22**

Диагноз: Эндомиометрит на фоне ВМК, острый 2-хсторонний аднексит, пельвиоперитонит.

Лечение – удаление ВМК, инфузионная терапия, антибактериальная.

**Задача 23**

Диагноз: Беременность 6 недель. Угроза прерывания беременности.

Лечение: спазмолитики, прогестерон, препараты магния, постельный режим,

**Задача 24**

Диагноз: Миома матки. Менометроррагия. Постгеморрагическая анемия I степени.

План ведения: Эндоскопия, выскабливание с гемостатической терапией, антианемическая терапия.

Если большая матка - гистероскопию не делать!

**Задача 25**

Диагноз: Эктопия шейки матки.

План ведения: кольпоскопия, онкоцитология (РАР тест), ВПЧ.

**Задача 26**

Диагноз: Лейкоплакия шейки матки, предрак.

План ведения: кольпоскопия, онкоцитология, биопсия патологического участка. Радиоволновая эксцизия шейки матки.

**Задача 27**

Диагноз: Разрыв кисты желтого тела.

Лечение - лапароскопия.

**Задача 28**

Диагноз: Цистаденома (серозная) или киста желтого тела.

План ведения: УЗИ (контроль). Если киста не уменьшается, то лапароскопическое удаление.

**Задача 29**

Диагноз: Рождающийся субмукозный узел.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание).

**Задача 30**

Диагноз: Эндометрит.

Может быть перфорация матки (параметрит), т.к. тело матки малоподвижное. УЗИ.

Лечение – гистероскопия, антибактериальная терапия.

**Задача 31**

Диагноз: Миома матки, субсерозный узел. Подозрение на перекрут, нарушение питания узла.

Лечение – отсроченная экстренная надвлагалищная ампутация матки.

**Задача 32**

Диагноз: Цистаденома яичника. Тератома?

Лечение – резекция яичника (гистологическое исследование).

**Задача 33**

Диагноз: Фолликулярная киста или параовариальная цистоаденома.

Лечение: оперативное – резекция яичника.

**Задача 34**

Диагноз: Гиперплазия эндометрия.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание) с гистологическим исследованием. После получения результатов гистологии гормональная терапия.

**Задача 35**

Диагноз: Андроген-продуцирующая опухоль яичника (может быть злокачественная андробластома).

Лечение – оперативное.

**Задача 36**

Диагноз: 2-хсторонний аднексит, тубоовариальные воспалительные образования.

Лечение – лапароскопия, объем определить интраоперационно.

**Задача 37**

Диагноз: Множественная миома матки 8 нед. с центрипетальным узлом (узел,

который деформирует полость матки) в сторону полости. Меноррагия. Не исключена гиперплазия эндометрия.

Лечение – гистероскопия, объем операции интраоперационно (надвлагалищная ампутация, экстирпация).

**Задача 38**

Диагноз: Первичное бесплодие, эндометриоз брюшины.

Эндометриоз брюшины => асептическое воспаление => увеличиваются простагландины, изменяется состав перитонеальной жидкости => агглютинация сперматозоидов => бесплодие.

Лечение: Удаление очагов эндометриоза, с последующим назначением гестагенов (визанна).

**Задача 39**

Диагноз: Аномальное маточное кровотечение.

Лечение: Показан гормональный гемостаз монофазными комбинированными оральными контрацептивами. Циклическая гормональная терапия рекомендована в течение трех месяцев.

**Задача 40**

Диагноз: Неразвивающаяся беременность. Угроза возникновения острой фазы ДВС-синдрома.

Лечение: Опорожнение матки в условиях развернутой операционной при тщательном контроле и коррекции гемостаза.

**Задача 41**

Диагноз: Острый кольпит, истинная эрозия шейки матки.

План ведения: Микроскопическое, микробиологическое исследование ПЦР-диагностика инфекций, кольпоскопия, цитологическое исследование, антибактериальная терапия. Гистологическое исследование (биопсия), при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 2 недель.

**Задача 42**

Диагноз: Острый 2-х сторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

План ведения - клиническое обследование (клинический анализ крови, УЗ-исследование, бактериоскопическое, бактериологическое исследование, ПЦР - диагностика) с последующим противовоспалительным лечением.

**Задача 43**

Диагноз: Миома матки. Подозрение на рак эндометрия.

Тактика ведения:

1) Общеклиническое обследование.

2) УЗИ органов малого таза.

3) Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием.

4) Лечение в зависимости от данных гистологии.

**Задача 44**

Диагноз: Дисфункция яичников пременопаузального периода.

Тактика:

1) Общеклиническое обследование

2) Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием.

Лечение зависит от данных гистологического анализа. При доброкачественном процессе - гормонотерапия.

**Задача 45**

Диагноз: Апоплексия левого яичника.

План ведения: УЗИ - при обнаружении жидкости в дугласовом пространстве меньше 100 мл и отсутствии образования, исходящего из левого яичника, ведение консервативное (лед на живот, спазмолитики), контрольное УЗИ. При обнаружении при УЗИ больше 100 мл жидкости, картине острого живота - лапароскопия.

**Задача 46**

Диагноз: Внематочная беременность.

Тактика:

1) УЗИ малого таза.

2) Тест на ХГ.

3) Оперативная лапароскопия.

**Задача 47**

Диагноз: Беременность малого срока. Киста желтого тела справа Дифференциальный диагноз: Внематочная беременность (прогрессирующая)? Дисфункция яичников репродуктивного периода? Хронический сальпингоофорит.

План: Тест на ХГ. УЗИ малого таза.

**Задача 48**

Диагноз: Острый метроэндометрит на фоне ВМС.

Тактика ведения:

1) Интенсивная противовоспалительная терапия после взятия мазков на микрофлору и бак. посева (антибиотики, инфузионная терапия, антигистаминные средства, витамины).

2) Удаление ВМС.

**Задача 49**

Диагноз: Множественная миома матки больших размеров. Анемия

Обследование:

1) УЗИ.

2) Обследование шейки матки (кольпоскопия, мазки на онкоцитологию).

3) Аспират из полости матки на цитологию.

Тактика ведения: Противоанемическая терапия. Оперативное лечение за 3-4 дня до следующей менструации. Объем операции: надвлагалищная ампутация матки (при отсутствии патологии шейки матки) или экстирпация матки без придатков.

**Задача 50**

Диагноз: Опухоль правого яичника.

План ведения:

- Общеклиническое обследование;

- обследование ЖКТ (гастроскопия, колоноскопия),

- СА-125,

- УЗИ органов брюшной полости,

- рентгенограмма грудной клетки,

- обследование шейки матки, включая мазки на онкоцитологию,

- раздельное диагностическое выскабливание

- оперативное лечение - аднексэктомия справа (при отсутствии данных за злокачественный процесс).

**Задача 51**

Диагноз: Наружный эндометриоз. Эндометриоидная киста левого яичника.

План ведения:

1) Обследование перед операцией.

2) Операция резекция яичника.

3) Гормональная терапия 9-12 месяцев после операции.

**Задача 52**

Диагноз: Подострый двухсторонний аднексит. Тубоовариальное образование воспалительной этиологии слева. Пиовар?

План ведения: подготовка к оперативному лечению, антибактериальная терапия. При отсутствии эффекта - оперативное лечение. Аднексэктомия. Вопрос об объеме операции решить во время операции.

**Задача 53**

Диагноз: Параовариальная киста справа. Опухоль правого яичника?

План - полное клиническое обследование для уточнения диагноза. Оперативное лечение - вылущивание параовариальной кисты. Вопрос об объеме операции окончательно решить во время операции.

**Задача 54**

Диагноз: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки.

План ведения:

1) Мазки на флору, онкоцитологию, расширенная кольпоскопия.

2) УЗИ до и после менструации.

3) Гистероскопия, РДВ, биопсия шейки матки.

4) Гистологическое исследование.

5) Иссечение очагов наружного эндометриоза на шейке матки.

6) Гормональная терапия - 9-12 месяцев (диеногест – визанна).

**Задача 55**

Диагноз: Внематочная беременность, нарушенная по типу трубного аборта? Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок.

Методы обследования - тест на ХГЧ, определение гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов, времени свертывания крови.

Тактика:

а) экстренное оперативное лечение - лапаротомия, тубэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

б) Инфузионная терапия, восполнение кровопотери.

**Задача 56**

Диагноз: Опухоль левого яичника. Перекрут ножки опухоли. Перитонит.

Методы - кл. анализ крови, анализ мочи, ЭКГ, группа крови, Rh фактор.

Тактика: Экстренное оперативное лечение - лапаротомия, удаление придатков матки слева. Санация, дренирование брюшной полости. Инфузионная, антибактериальная терапия. Дальнейшая тактика зависит от гистологического заключения удаленной опухоли (доброкачественная, пограничная или злокачественная).

**Задача 57**

Диагноз: Рак шейки матки IV ст. Раковая кахексия, интоксикация.

Методы исследования: Биопсия опухоли. Рентгенограмма грудной клетки. Экскреторная урография. Цистоскопия. Ректороманоскопия. Клинико-лабораторное обследование. Причина боли - поражение нервного сплетения (сдавление извне).

В женской консультации проводятся онкопрофосмотры, онкоцитология мазков из шейки матки. Лечение данной больной - симптоматическая терапия.

**Задача 58**

Диагноз: Множественная миома матки. Дифференцировать с аденомиозом, опухолью яичника.

Тактика: Кольпоскопия, УЗИ органов малого таза. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание.

Лечение оперативное - миомэктомия. Эмболизация маточных артерий?

**Задача 59**

Диагноз: Миома матки. Аденомиоз. Анемия.

Тактика: Антианемическая терапия, УЗИ органов малого таза. Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание. Возможно консервативное лечение, при отсутствии эффекта - оперативное лечение (надвлагалищная ампутация матки без придатков, миомэктомия или эмболизация маточных артерий).

**Задача 60**

Диагноз: Неразвивающаяся беременность. Начавшийся выкидыш. Анемия.

План обследования и лечения: - УЗИ малого таза, анализ крови на Р-ХГЧ,

антианемическая терапия, антибактериальная терапия, инструментальное удаление измененного плодного яйца.

**Задача 61**

Диагноз: Аплазия влагалища. Тактика ведения: клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Лечение хирургическое - формирование искусственного влагалища.

**Задача 62**

Диагноз: Порок развития - неполная перегородка матки. Привычное невынашивание.

План ведения: клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включая УЗИ, гистеросальпингографию, раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии.

Лечение: оперативная гистероскопия (резектоскопия) - иссечение перегородки в полости матки.

**Задача 63**

Диагноз: Удвоение матки. Прогрессирующая беременность в одном из ее рогов.

План ведения: удаление плодного яйца из второго рога матки. В послеоперационном периоде - противовоспалительная и утеротоническая терапия, в дальнейшем - гормональная контрацепция.

**Задача 64**

Диагноз: Бактериальный вагиноз.

Лечение - назначение препаратов с антианаэробным действием с последующим назначением эубиотиков с целью восстановления микробиоценоза влагалища.

**Задача 65**

Диагноз: Генитальный герпес.

План ведения: проведение ПЦР-диагностики; иммунофлюоресцентный анализ (ИФА) для выявления специфических иммуноглобулинов (Ig G, М, А). Оценка иммунного статуса. Лечение - назначение противовирусных препаратов, индукторов интерферона.

**Задача 66**

Диагноз: Туберкулез маточных труб. Бесплодие I.

План ведения: Бактериологический посев менструальной крови с целью исключения туберкулезного эндометрита, курс противотуберкулезной терапии в условиях специализированного учреждения, исследование гормонального статуса с последующей коррекцией менструального цикла.

**Критерии оценки:**

Оценка «отлично» выставляется аспиранту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач. Системно и планомерно работает в течении семестра.

Оценка «хорошо» выставляется аспиранту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Системно и планомерно работает в течение семестра. Оценка «удовлетворительно» выставляется аспиранту, если он имеет знания только

основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется аспиранту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится аспирантам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

**Разработчики: зав. кафедрой д.м.н., проф., Хашаева Т.Х.-М.**

**Профессор, д.м.н. Омарова Х.М.**

11 сентября 2019 года

**Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Дагестанский государственный медицинский университет»**

**Министерства образования Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**Перечень вопросов для зачета**

**по дисциплине «Специальность 14.01.01 Акушерство и гинекология»**

1. Современное учение об оплодотворении и развитии плодного яйца. Оплодотворение. Предимплантационный период развития. Имплантация, органогенез, плацентация и дальнейшее развитие

плода. Критические периоды эмбриогенеза и развития плода.

2. Строение и основные функции плаценты, плодных оболочек и пуповины; околоплодные воды, их

характер, состав и обмен. Важнейшие функции околоплодных вод и их влияние на развитие плода.

3. Морфологические и физиологические особенности плода в разные периоды внутриутробной жизни. Особенности кровообращения и снабжения плода кислородом. Влияние на эмбрион и плод повреждающих факторов внешней среды. Изменения в организме женщины во время беременности и

методы обследования беременных.

4. Методы исследования во время беременности. Система опроса (анализа) и осмотра. Исследование внутренних органов. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Наружное и внутреннее акушерское обследование беременной.

5. Определение срока беременности и времени предоставления дородового отпуска (30 недель). Признаки зрелости и доношенности плода. Определение срока беременности. Определение жизнеспособности плода. Иммунологические взаимодействия организма матери и плода.

6. Современные методы исследования плода. Изучение функционального состояния плода (кардиотокография, определение биофизического профиля плода); амнио- и фетоскопия, исследование околоплодных вод, УЗИ (определение размеров головки, грудной клетки, брюшной полости, органов

плода, изучение сердечной деятельности, двигательной активности, дыхательных движений); методы изучения функции плаценты (гормональные исследования, УЗ-сканирование, изучение плцентарного кровотока, функциональные пробы).

7. Гигиена и питание беременных. Особенности санитарно-гигиенического режима акушерского стационара. Физико-психопрофилактическая подготовка беременных к родам. Физиология родов.

Периоды родов. Продолжительность родов. Современные методы регистрации родовой деятельности. Теории механизма родов.

8. Механизм родов при головном и тазовых предлежаниях. Газообмен плода и особенности гомеостаза в процессе родов. Адаптация плода в родах. Современные методы оценки состояния плода во время родов.

9. Ведение родов. Понятие о сегментах головки плода. Наружное и влагалищное исследование рожениц. Современные методы обезболивания родов, региональная и спинно-мозговая анестезия. Влияние

обезболивающих средств на плод. Акушерское пособие в родах.

10. Физиология последового периода и принципы его ведения. Понятие о физиологической и патологической кровопотере. Определение целостности промежности, влагалища и шейки матки. Ранний послеродовый период.

11. Длительность послеродового периода, особенности гормональной перестройки. Клиника послеродового

периода. Профилактика послеродовых заболеваний. Послеродовый отпуск. Особенности санитарно- гигиенического режима в послеродовом отделении.

12. Первый туалет новорожденного. Профилактика офтальмоблефорита. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Физиологические особенности периода новорожденности.

13. Многоплодная беременность. Диагностика. Особенности течения беременности и родов.

14. Особенности ведения родов через естественные родовые пути. Показания для оперативного родоразрешения.

15. Тазовые предлежания. Классификация. Причины возникновения, диагностика. Наружный поворот на ножку. Наружный поворот на головку. Особенности течения родов. Ручные пособия при тазовом предлежании. Показания к операции кесарева сечения.

16. Анатомически и клинически узкий таз. Анатомическая характеристика узкого таза по форме и степени сужения. Этиология. Классификация. Часто встречающиеся формы. Редко встречающиеся формы. Другие формы.

17. Диагностика анатомически узкого таза. Особенности течения беременности и родов при узком тазе. Механизм родов при различных формах анатомически узкого таза. Осложнения. Причины и признаки

клинически узкого таза. Показания к кесареву сечению.

18. Разгибательные предлежания головки. Классификация, диагностика, прогноз. Течение и ведение родов, высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва. Асинклитическое вставление. Этиология, диагностика. Показания к кесареву сечению.

19. Крупный плод. Нейро-обменно-эндокринный синдром как фактор риска рождения крупного плода. Особенности течения родов при крупном плоде.

20. Неправильное положение плода. Ведение беременности и родов при косом и поперечном положении плода.

21. Предлежание и выпадение мелки частей плода. Патология расположения плаценты. Предлежание

плаценты. Этиология, патогенез. Классификация. Диагностика. Течение беременности и родов. Тактика

врача при различных формах предлежания плаценты.

22. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, патогенез, диагностика,

клиника, ведение беременности и родов, показания к кесареву сечению.

23. Эмболия околоплодными водами. Патогенез, клиника, диагностика и терапия. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови. Диагностика, особенности клинического течения коагулопатических кровотечений, лечебная тактика. Патология последового и раннего последового периода.

24. Аномалия прикрепления плаценты. Диагностика и терапия. Нарушение процессов отделения плаценты и выделения последа. Причины, профилактика, диагностика, лечение.

25. Гипо- и атонические состояния матки. Послешоковое кровотечение. Этиология. Патогенез, клиника, лечение. Геморрагический шок, коллапс и терминальные состояния в акушерстве. Принципы лечения геморрагического шока. Венозный тромбоз в акушерстве. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.

26. Аменорея. Значение генетических нарушений в происхождении первичной аменореи. Маточная и яичниковая формы аменореи. Аменорея надпочечникового генеза и аменорея при заболеваниях щитовидной железы. Вторичная аменорея неуточненного генеза.

27. Дисменорея. Нейро-эндокринные синдромы в гинекологии (климактерический, посткастрационный, нейрообменно-эндокринный, предменструальный, вирильный, поликистозных яичников). Дисгенезия

гонад. Тестикулярная феминизация. Адрено- генитальный синдром. Клиника, диагностика и терапия. Гиперпролактинемия и ее лечение.

28. Фоновые и предраковые заболевания женских половых органов. Заболевания наружных половых органов.

29. Фиброма, миома, липома, крауроз и лейкоплакия вульвы. Рак вульвы и влагалища. Диагностика и лечение. Доброкачественные заболевания шейки матки. Роль вирусов в возникновении фоновых, предраковых заболеваний матки и рака матки.

30. Предрак шейки матки (дисплазия). Цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Диагностика, терапия, профидактика. Классификация, клиника, диагностика и лечение предрака шейки матки.

31. Миома матки. Патогенез, клиника, диагнсотика, консервативные и хирургические методы лечения лейомиомы матки. Показания к выбору метода лечения. Консервативная миомэктомия. Эндоскопическая хирургия при лейомиоме матки. Реабилитационные мероприятия. Саркома матки.

32. Эндометриоз. Теории возникновения эндометриоза. Классификация. Клиника генитального эндометриоза. Клиника экстрагенитального эндометриоза. Хирургические и консервативные методы терапии эндометриоза. Реабилитация больных.

33. Опухоли и опухолевидные образования яичников. Фолликулярные кисты яичников. Кисты желтого тела. Текалютеиновые кисты. Кисты из рудиментарных органов. Кисты из маточных труб, матки, влагалища.

Этиология, диагностика, лечебная тактика. Опухоли яичников. Гистологическая классификация, клиника, диагностика, лечение.

34. Гиперпластические процессы эндометрия. Полипы эндометрия. Предрак эндометрия. Методы лечения гиперпластических процессов эндометрия в возрастном аспекте.

35. Рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.

36. Трофобластическая болезнь.

37. Пузырный занос, деструирующий пузырный занос, хорионэпителиома. Клиника. Методы диагностики и лечения.

38. Нарушения развития половых органов.

39. Пороки развития половых органов. Нарушение полового развития. Клинические и гормональные аспекты, диагностика, лечение.

40. Неправильное положение половых органов. Классификация и характеристика аномалий положения половых органов женщин. Причины возникновения. Диагностика и лечение (консервативное, оперативное).

41. Бесплодный брак и вопросы планирования семьи, контрацепция. Женское бесплодие. Причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. Мужское бесплодие. Основные причины. Методика обследования бесплодной супружеской пары. Методы вспомогательных репродуктивных технологий.

**Критерии оценки**

Оценка «зачтено» выставляется аспиранту, который показал творческий подход к освоению программы дисциплины, в совершенстве или в достаточной степени овладел теоретическими вопросами дисциплины, показал необходимые умения и навыки.

Оценка «не зачтено» выставляется аспиранту, который имеет проблемы по отдельным теоретическим разделам дисциплины и не владеет как минимум основными умениями и навыками.

**Разработчики: зав. кафедрой д.м.н., проф., Хашаева Т.Х.-М.**

**Профессор, д.м.н. Омарова Х.М.**

2 сентября 2019 года

**Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Дагестанский государственный медицинский университет»**

**Министерства образования Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**Темы рефератов**

**по дисциплине «Специальность 14.01.01 Акушерство и гинекология»**

Раздел I Российская система охраны материнства и детства.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-4, ПК-12.

**Тематика рефератов:**

1. Медицинская этика и деонтология в акушерстве и гинекологии.

2. Врачебные ошибки в акушерстве и гинекологии.

Раздел II Физиология беременности и родов.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-4, ПК-5, ПК-12.

**Тематика рефератов:**

1. Физиологические изменения в организме беременной («норма» беременности).

2. Причины развития и регуляция родовой деятельности.

Раздел III, IV Патология беременности, родов.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-4, ПК-5, ПК-6.

**Тематика рефератов:**

1. Принципы диспансерного наблюдения, течение и ведение беременности и родов при заболеваниях органов дыхания.

2. Принципы диспансерного наблюдения, течение и ведение беременности и родов при заболеваниях печени (вирусные гепатиты, холестатический гепатоз, острый жировой гепатоз).

3. Принципы диспансерного наблюдения, течение и ведение беременности и родов при заболеваниях щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипотиреоз).

4. Принципы диспансерного наблюдения, течение и ведение беременности и родов при заболеваниях надпочечников (синдром Иценко-Кушинга, надпочечниковая недостаточность).

5. Беременность и роды при острой хирургической патологии (острый панкреатит, острый аппендицит, кишечная непроходимость), неотложная помощь.

6. Принципы диспансерного наблюдения, течение и ведение беременности и родов при пороках сердца.

**Раздел V Патология перинатального периода.**

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Тематика рефератов:

1. Плацентарная недостаточность, современные методы ее диагностики и лечения, врачебная тактика.

2. Синдром задержки развития плода (СЗРП), современные методы диагностики и лечения, врачебная тактика.

3. Проблема внутриутробных инфекций в акушерстве (герпетическая,

цитомегаловирусная инфекция, краснуха, СПИД, токсоплазмоза).

**Раздел VI Воспалительные заболевания органов малого таза.**

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11.

**Тематика рефератов:**

1. Туберкулез женских половых органов, современные методы диагностики и принципы лечения.

2. Хламидиоз, герпетическое поражение женских половых органов. Диагностика, современные принципы лечения.

**Раздел VII Нарушения менструальной функции.**

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Тематика рефератов:

1. Задержка полового развития. Диагностика, современные методы лечения.

2. Преждевременное половое развитие. Диагностика, современные методы лечения

3. Нейро-эндокринные синдромы в гинекологии (адрено-генитальный, синдром дисгенезии гонад, тестикулярной феминизации, поликистозных яичников, резистентных яичников, климактерический, посткастрационный, предменструальный).

**Раздел X Бесплодный брак. Планирование семьи.**

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Тематика рефератов:

1. Бесплодный брак. Методы обследования супружеских пар, современные методы лечения.

2. Вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО, ПЭ, ИКСИ).

Критерии и шкалы оценки оценка «отлично» - структура и содержание реферата полностью соответствует требованиям, использовано не менее 10 современных дополнительных литературных источников; проведен полный сравнительный анализ и синтез материала, сделаны собственные выводы и рекомендации;

оценка «хорошо» - структура реферата соответствует установленным требованиям, использовано не менее 7-8 современных дополнительных литературных источников, сравнительный анализ неполный, сделаны собственные выводы;

оценка «удовлетворительно» - нарушение структуры построения реферата,

содержание неполное, использовано менее 5 дополнительных литературных источников,

отсутствуют самостоятельный анализ и синтез материала, собственные выводы;

оценка «неудовлетворительно» - нарушена структура, содержание не соответствует

требованиям, использованы только учебная литература, отсутствуют анализ, синтез материала, выводы.

**Разработчики: зав. кафедрой д.м.н., проф., Хашаева Т.Х.-М.**

**Профессор, д.м.н. Омарова Х.М.**

2 сентября 2019 года

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**Комплект тестовых заданий для текущего/промежуточного контроля**

**по дисциплине «Специальность 14.01.01 Акушерство и гинекология»**

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО АКУШЕРСТВУ**

001. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

а) краснуха

б) туберкулез

в) ветряная оспа

г) инфекционный гепатит

002. УЗ-ИССЛЕДОВАНИЕ В АКУШЕРСТВЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

а) расположение плаценты и ее патологию

б) состояние плода

в) неразвивающуюся беременность

г) генетические заболевания плода

д) все выше перечисленное

003. ЧТО ТАКОЕ РАННЯЯ ДЕТСКАЯ ИЛИ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ?

а) число детей, умерших в первые 7 суток жизни, к числу родившихся живыми х 1000

б) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных

в) число умерших детей в течение 28 полных суток жизни из числа 1000 живорожденных

в) число детей, родившихся мертвыми ( после 28 недель беременности )

г) число умерших жизнеспособных плодов во время родов из 1000 всех родившихся

004. ПУНКТЫ, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ДИАГНОЗА:

а) факт наличия беременности

б) срок беременности  
в)данные о плоде

г) патология, связанная с беременностью

д) экстрагенитальная патология

е) возрастные особенности

ж) отягощенный акушерский анамнез

з) все выше перечисленное

005. ШИРОКИЕ СВЯЗКИ МАТКИ ВКЛЮЧАЮТ:

а) маточные трубы;

б) кардинальные связки;

в) маточные сосуды;

г) все вышеперечисленное;

д) ничего из перечисленного.

006. ПОСЛЕ ОВУЛЯЦИИ ЯЙЦЕКЛЕТКА СОХРАНЯЕТ СПОСОБНОСТЬ К  
ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ:

а) 6 часов:

б) 12-24 часов;

в) 3-5 суток;

г) 10 суток.

007. ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

а) двухфазность менструального цикла;

б) уровень эстрогенной насыщенности организма;

в) наличие овуляции;

г) полноценность лютеиновой фазы цикла;

д) все вышеперечисленное.

008. СИНТЕЗ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОГИНА ПРОИСХОДИТ В:

а) надпочечниках

б) синцитиотрофобласте

в) гипофизе

г) яичниках

д) матке

009. МАТОЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ:

а) аорты;

б) общей подвздошной артерии;

в) наружной подвздошной артерии;

г) внутренней подвздошной артерии;

д) подвздошно-поясничной артерии.

010. ПРИ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИСХОДИТ ВСЕ, КРОМЕ:

а) увеличения размеров матки

б) размягчения ее

в) изменения реакции на пальпацию

г) уплотнения матки

д) изменения ее формы

011. К ВЕРОЯТНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ:

а) изменение настроения

б) изменение обоняния

в) выслушивание сердцебиения плода

г) признак Горвица - Гегара

012. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ:

а) шевеление плода

б) увеличение матки

в) цианоз влагалища

г) пальпация частей плода

д) повышение ректальной температуры

013. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

а) измерение базальной температуры;

б) определение уровня ХГ в моче;

в) ультразвуковое исследование;

г) динамическое наблюдение;

д) все вышеперечисленное.

014. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:

а) 28-30 дней;

б) 28-40 дней;

в) 3-7 дней;

г) 21-35 дней;

д) 14-28 дней.

015. ИЗ ВСЕХ СУЩЕСТВУЮЩИХ ТЕСТОВ НА БЕРЕМЕННОСТЬ НАИБОЛЕЕ  
ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) реакция Ашгейма -Цондека

б) реакция торможения гемагглютинации

в) реакция Галли-Майнини

г) прегностигон тест

д) определение |3-ХГЧ

016. К СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

а) тошнота, рвота;

б) утомляемость, сонливость;

в) увеличение живота;

г) пигментация кожи;

д) все выше перечисленное.

017. ПЕРВО- И ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫЕ НАЧИНАЮТ ОЩУЩАТЬ  
ШЕВЕЛЕНИЕ ПЛОДА СООТВЕТСТВЕННО С:

а) 16-14 недель

б) 18-16 недель

в) 20-18 недель

г) 22-20 недель

д) 24-22 недель

018. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

а) 240 дней

б) 280 дней

в) 320 дней

г) 220 дней

д) 300 дней

019. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК РОДОВ У БЕРЕМЕННОЙ, ЕСЛИ 1-ый ДЕНЬ ПОСЛЕДНЕЙ НОРМАЛЬНОЙ МЕНСТРУАЦИИ 15 АПРЕЛЯ:

а) 1 февраля

б) 22 января

в) 15 января

г) 8 января

020. У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОЯСНИЧНЫЙ РОМБ ИМЕЕТ  
ФОРМУ:

а) геометрически правильного ромба

б) треугольника

в) неправильного четырехугольника

г) четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении

021. НАИМЕНЬШИМ РАЗМЕРОМ ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ  
ЯВЛЯЕТСЯ:

а) истинная акушерская коньюгата

б) расстояние между буграми седалищных костей

в) расстояние между симфизом и копчиком

г) расстояние между остями седалищных костей

д) диагональная конъюгата

022. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА РАВНА:

а) 11 см;

б) 13 см;

в) 9 см;

г) 20 см.

023. РАЗМЕР ФРАНКА РАВЕН В НОРМЕ:

а) 20 см; 6)18;

в) 11 см.

024. БОЛЬШОЙ И МАЛЫЙ ТАЗ РАЗДЕЛЕНЫ ПЛОСКОСТЬЮ, ПРОХОДЯЩЕЙ  
ЧЕРЕЗ:

а) верхний край лона, пограничные линии, вершина мыса;

б) нижний край лона, верхушка копчика, седалищные бугры;

в)середина лона, сочленение II - Ш крестцовых позвонков, середина вертлужных впадин;

г) середина лона, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости.

025. ЧТО ТАКОЕ ПРОВОДНАЯ ОСЬ ТАЗА:

а) линия, соединяющая центры прямых размеров всех четырех плоскостей;

б) линия, проведенная через мыс и нижний край лона;

в) линия, проведенная через верхний край лона и верхушку копчика;

г) все выше перечисленное.

026. БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК РАСПОЛОЖЕН НА МЕСТЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ  
СЛЕДУЮЩИХ ШВОВ:

а) затылочный, стреловидный, венечный;

б) венечный, лобный, стреловидный;

в) лобный, затылочный, стреловидный;

г) венечный, лобный, затылочный.

027. ЧТО ТАКОЕ БОЛЬШОЙ СЕГМЕНТ ГОЛОВКИ:

а) наибольшая часть головки, проходящая через вход в таз при данном предлежании;

б) любая часть головки, проходящая через вход в таз;

в) часть головки, расположенная ниже большого сегмента;

г) все выше перечисленное.

028. НАИМЕНЬШИМ РАЗМЕРОМ МАЛОГО ТАЗ А ЯВЛЯЕТСЯ:

а) прямой размер плоскости входа в малый таз;

б) прямой размер плоскости узкой части полости малого таза;

в) поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;

г) поперечный размер выхода из полости малого таза;

д) косые размеры плоскости входа в малый таз.

029. ЧЕРЕЗ СЕРЕДИНЫ КОСТНЫХ ПЛАСТИНОК ВЕРТЛУЖНЫХ ВПАДИН ПРОХОДИТ:

а) поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза;

б) поперечный размер плоскости входа в малый таз;

в) поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;

г) прямой размер плоскости широкой части полости малого таза;

д) прямой размер плоскости узкой части полости малого таза;

030. ОБЩЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ИЛИ  
РОЖЕНИЦЫ НАЧИНАЕТСЯ:

а) с пальпации живота

б) с аускультации живота

в) с измерения таза

г) с объективного обследования по системам

031. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ИЗМЕРЯЕТСЯ:

а) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком

б) на уровне пупка

в) на 6см ниже пупка

г) на 4см выше пупка

032. ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

а) нижним краем симфиза и мысом

б) седалищными буграми

в) гребнями подвздошных костей

г) большими вертелами бедренных костей

033. КАКОЙ ИЗ РАЗМЕРОВ ТАЗА РАВЕН 20 см:

а) истинная коньюгата

б) диагональная коньюгата

в) наружная коньюгата

034. ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО:

а) отношение спинки плода к сагитальной плоскости

б) отношение спинки плода к фронтальной плоскости

в) отношение оси плода к оси матки

г) взаимоотношение различных частей плода

035. ЧТО ТАКОЕ ПОЗИЦИЯ ПЛОДА:

а) отношение спинки плода к нижнему сегменту матки

б) отношение спинки плода к дну матки

в) отношение спинки плода к правой или левой стороне матки

г) отношение спинки плода к передней или задней стороне матки

036. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА К ПЛОСКОСТИ  
ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ:

а) первым приемом наружного акушерского исследования

б) третьим и четвертым приемами наружного акушерского исследования

в) вторым приемом наружного акушерского исследования

г) все выше перечисленное

037. КАКИЕ МОГУТ БЫТЬ ВАРИАНТЫ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА В МАТКЕ:

а)продольное

б) поперечное

в) косое

г) все выше перечисленное

038. ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:

а) отношение спинки плода к передней стенке матки

б) отношение спинки плода к задней стенке матки

в) отношение спинки плода к левой стороне матки

г) отношение крупной части плода ко входу в малый таз

039. ВТОРЫМ ПРИЕМОМ МЕТОДА АКУШЕРСКОЙ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

а) предлежание плода

б) положение плода

в) положение плода, вид, позицию

г) высота стояния дна матки

040. ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ:

а) передне -головное

б) затылочное  
в)лобное

г) лицевое

041. ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) малый родничок

б) большой родничок

в) середина лобного шва

г) подбородок

042. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ  
ПРЕДЛЕЖАНИИ:

а)сгибание головки

б) опускание головки

в) разгибание головки

г) максимальное сгибание

043. ТОЧКА ФИКСАЦИИ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, ПЕРЕДНЕМ  
ВИДЕ:

а) затылок

б) волосистая часть лба

в) подзатылочная ямка

г) переносье

044. КАКИМ РАЗМЕРОМ ПРОИСХОДИТ РОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПРИ  
ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ:

а) большим косым

б) малым косым

в) средним косым

г) прямым

045. ВО II ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА КОНТРОЛИРУЕТСЯ:

а) после каждой потуги

б) через каждые 15 минут

в) через каждые 10 минут.

г) через каждые 5 минут

046. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕКТИВНО  
ОЦЕНИВАЕТСЯ:

а) по частоте и продолжительности схваток

б) по длительности родов

в) по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки

г) по состоянию плода

д) по времени излития околоплодных вод

047. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ III ПЕРИОДА РОДОВ ЗАВИСИТ:

а) от количества околоплодных вод

б) от длительности родов

в) от наличия признаков отделения плаценты

г) от состояния новорожденного

д) от длительности безводного промежутка

048. II ПЕРИОД РОДОВ НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА:

а) полного раскрытия шейки матки

б) начала потуг

в) прорезывания теменных бугров

г) излития околоплодных вод

049. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

а) контракции миометрия

б) ретракции миометрия

в) дистракции миометрия

г) всего выше перечисленного

050. КОГДА ПРОИЗВОДЯТ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РОДАХ:

а) при поступлении роженицы в стационар

б) сразу же после отхождения вод

в) для наблюдения за динамикой родов каждые 6 часов

г) при отклонении от нормального течения родов

д) все выше перечисленное

051. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ СЧИТАЕТСЯ ПОЛНЫМ ПРИ:

а) 5-6 см

б) 8-9 см

в) 10 см

г) до 14 см

052. ПРИ ЭНДОМЕТРИТЕ НЕ ИМЕЮТ МЕСТА:

а) субинволюция матки

б) болезненность при пальпации

в) сукровично-гнойные выделения

г) серозно-слизистые выделения

д) снижение тонуса матки

053. ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НАРУЖНЫЙ ЗЕВ  
ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ФОРМИРУЕТСЯ К КОНЦУ:

а) первых суток

б) вторых суток

в) 3-й недели

г) 4-й недели

д) 6-8 недели

054. ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ЗАМЕДЛЯЕТСЯ ПРИ:

а) анемии

б) гестозе

в) эндометрите

г) многоплодной беременности

д) при всех выше перечисленных

055. ДЛЯ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА НЕХАРАКТЕРНО:

а) повышение температуры тела с ознобом;

б) нагрубание молочных желез;

в) болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе;

г) свободный отток молока;

д) гиперемия молочной железы.

056. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

а) антибиотики;

б) аспирацию содержимого полости матки;

в) инфузионную терапию;

г) эстроген-гестагенные препараты;

д) утеротоники

057. ПОЗДНИЙ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

а) 5-6 дней;

б) 2-3 недели;

в) 6-8 недель;

г) 12 недель.

058. НА ПОДГОТОВКУ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ К ЛАКТАЦИИ НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ:

а) эстрогены

б) прогестерон  
в)окситоцин

г) пролактин

д) лютеинизирующий гормон

059. ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ РОДОВ  
ПРОИСХОДИТ НА:

а) 10-15 день

б) 2-3 неделе

в) 4-5 неделе

г) 6-8 неделе

д) 8-10 неделе

060. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ПРЕКРАЩЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ СРАЗУ ПОСЛЕ  
РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) гипертонус матки

б) тромбоз вен матки

в) тромбоз вен таза

г) дистракция миометрия

д) спазм шейки матки

061. ДЛЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ  
ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

а) высокое расположение дна матки

б) баллотирующая часть в дне матки

в) сердцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка

г) баллотирующая часть над входом в малый таз

д) высокое расположение предлежащей части

062. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В РОДАХ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ  
ЯВЛЯЕТСЯ:

а) несвоевременное излитие вод

б) слабость родовой деятельности

в) травматические повреждения плода

г) выпадение пуповины

д) выпадение ножки

063. РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПОКАЗАНО ПРИ:

а) чисто ягодичном предлежании

б) гипотонии матки

в) предлежании плаценты

г) поперечном положении плода

д) классическом повороте плода на ножку

064. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:

а) внутренний поворот ягодиц

б) опускание ягодиц

в) боковое сгибание позвоночника

г) наружный поворот туловища

065. ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ В I ПЕРИОДЕ РОДОВ ПОКАЗАНО:

а) ранняя амниотомия

б) предоставление медикаментозного сна

в) сохранение плодного пузыря как можно дольше

г) активация родовой деятельности при первичной слабости

д) все выше перечисленное

066.МЕСТО НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ 2 ПОЗИЦИИ:

а) на уровне пупка слева

б) ниже пупка справа

в) выше пупка слева

г) выше пупка справа

**11**

067. ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) малый родничок

б) большой родничок

в) надпереносье

г) точка, расположенная на стреловидном шве, ближе к малому родничку

068. КАКИМ РАЗМЕРОМ ПРОИСХОДИТ РОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПРИ ЛИЦЕВОМ  
ПРЕДЛЕЖАНИИ?

а) малым косым

б) прямым

в) вертикальным

г) средним косым

069. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО  
РАСПОЛОЖЕНИЮ:

а) спинки б)головки

в) мелких частей

г) тазового конца

070. ПРИ ДОНОШЕННОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ И НАЛИЧИИ ПОПЕРЕЧНОГО  
ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА ПОКАЗАНО:

а) родовозбуждение путем амниотомии;

б) плановое кесарево сечение

в) кесарево сечение с началом родовой деятельности

г) ведение родов через естественные родовые пути

д) проведение операции классического комбинированного поворота плода на ножку

071. ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

а) нерегулярными схватками

б) различной интенсивностью схваток

в) болезненными схватками

г) плохой динамикой в раскрытии шейки матки

д) всем перечисленным

072. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЖЕТ  
ВКЛЮЧАТЬ:

а) внутривенное капельное введение окситоцина

б) профилактика гипоксии плода

в) применение спазмолитических средств

г) предоставление медицинского сна

д) все выше перечисленное

073. ПРИ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ,  
КРОМЕ:

а) утеротоников б)спазмолитиков в)токолитиков

г) эпидуральной анестезии

д) транквилизаторов

074. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ  
ТРЕБУЕТ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

а) тампонировать полость матки

б) ввести тампон с эфиром в задний свод влагалища

в) клеммировать параметрии

г) положить лед на низ живота

д) произвести ручное обследование стенок полости матки

075. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ МЕТОДИКОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) корпоральное кесарево сечение

б) экстраперитонеальное кесарево сечение

в) влагалищное кесарево сечение

г) истмикокорпоральное кесарево сечение

д) кесарево сечение в нижнем маточном сегменте

076. ДЛЯ РОДОВ ПРИ ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКОМ ТАЗЕ ХАРАКТЕРНА:

а) долихоцефалическая конфигурация головки плода

б) брахицефалическая конфигурация головки плода

в) отсутствие конфигурации головки.

077. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ АНАТОМИЧЕСКИ СУЖЕННОГО ТАЗА В  
СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ СЧИТАЕТСЯ:

а) общеравномерносуженный

б) поперечно-суженный

в) простой плоский

г) остеомалятический

д) плоскорахитический

078. ПРИЗНАКАМИ ЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) гипертензия

б) альбуминурия и отеки

в) диарея

г) судороги и кома

079. ТЯЖЕСТЬ РАННЕГО ТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

а) потерей массы тела б)ацетонурией

в) субфебрилитетом

г) головной болью

д) болью внизу живота

080. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) отеки голеней

б) альбуминурия

в) субъективные жалобы - головная боль, нарушение зрения

г) развитие во второй половине беременности

081. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭКЛАМПСИИ СЧИТАЕТСЯ:

а) неврологические осложнения

б) гибель плода

в) отек легких

г) все выше перечисленное

**13**

082.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЭКЛАМПСИИ ПРОВОДИТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО:

а) с эпилепсией

б) с истерией

в) с гипертоническим кризом

г) с менингитом

д) со всем вышеперечисленным

083. В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ  
ЭКЛАМПСИЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ ПРИНЦИПЫ СТРОГАНОВА, КРОМЕ:

а) исключения внешних раздражителей /лечебно-охранительный режим/

б) регуляции функций жизненно важных органов

в) кровопускания

г) ранней амниотомии

д) быстрого и бережного родоразрешения

084. К ГЕСТОЗУ ОТНОСЯТСЯ:

а) водянка беременных

б) нефропатия

в) преэклампсия

г) эклампсия

д) все выше перечисленное

085. ПРИЗНАКИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ НЕФРОПАТИИ:

а) отеки, гипертензия, протеинурия

б) отеки, гипертензия, протеинурия. Мелькание «мушек» перед глазами,  
головная боль

в) отеки, гипертензия, протеинурия, приступ судорог

086. ПОКАЗАНИЯ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ НЕФРОПАТИИ:

а) срок беременности

б) возраст беременной

в) наличие экстрагенитальной патологии

г) длительное течение гестоза, не поддающееся лечению

087. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО  
РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) перерастяжение матки

б) наличие миоматозного узла

в) наличие добавочного рога матки

г) имбибиция стенки матки кровью (матка Кувелера)

088. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ  
ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) сильные схватки

б) удар в живот

в) преждевременное излитие вод

г) абсолютная короткость пуповины

д) длительно текущий гестоз

**14**

089. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО  
РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНЫ:

а) боли в животе

б) геморрагический шок

в) изменение сердцебиения плода

г) изменение формы матки

д) все выше перечисленное

090. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ В СЛУЧАЕ:

а) преждевременного излития вод

б) острой боли в животе

в) тяжелого общего состояния беременной, не соответствующего степени кровопотери

г) наличия кровяных выделений из половых путей

091. ГЛАВНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У  
БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ:

а) предварительный осмотр шейки матки в зеркалах

б) соблюдение правил асептики

в) проведение исследования под наркозом

г) мониторный контроль, за состоянием плода, адекватное обезболивание

д) проведение исследования в развернутой операционной

092. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ В I ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ЧАСТИЧНОМ  
ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ И НАЛИЧИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ?

а) вскрыть плодный пузырь

б) ввести кольпейринтер

в) затампонировать влагалище

г) произвести кесарево сечение

д) проводить гемотрансфузию

093. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ МАТКИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ  
ОБУСЛОВЛЕНО:

а) полипом шейки матки

б) разрывом шейки матки

в) преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты на большой площади

г) предлежанием плаценты

д) раком шейки матки

094. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ  
ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ И АНТЕНАТАЛЬНОЙ  
ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА СОСТОИТ В:

а) проведении родовозбуждения

б) немедленном родоразрешении путем операции кесарева сечения

в) назначении гемостатической терапии

г) ведении родов через естественные родовые пути

д) плодоразрушающей операции

095. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ КРАЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ:

а) в дне матки

б) в нижнем сегменте, но не доходит до внутреннего зева

в) доходит до внутреннего зева

г) частично перекрывает внутренний зев

д) полностью перекрывает внутренний зев

096. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ТАКТИКА ПРИ ОТСЛОЙКЕ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ ВО  
ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

а) срока беременности

б) состояния беременной и степени кровотечения

в) наличия сопутствующих заболеваний

г) возраста беременной

097. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В III ПЕРИОДЕ РОДОВ И НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ  
ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО:

а) провести наружный массаж матки

б) ручное отделение плаценты

в) выделить послед наружными приемами

г) ввести сокращающие матку средства

д) положить лед на низ живота

098. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИМЕНЯЮТ:

а) метод Абуладзе

б) потягивание за пуповину

в) метод Креде - Лазаревича

г) ручное отделение плаценты и выделение последа

099. К КРОВОТЕЧЕНИЮ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:

а) слабость родовой деятельности

б) многоводие

в) многоплодие

г) крупный плод

д) все выше перечисленное

100.ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ПОЛНОГО ПЛОТНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) боль в животе

б) кровотечение из половых путей

в) расположение дна матки выше пупка после рождения плода

г) отсутствие кровотечения и признаков отделения плаценты

101. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И КРОВОТЕЧЕНИЯ К РУЧНОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЮ ПОСЛЕДА ПРИСТУПАЮТ ЧЕРЕЗ:

а)2 часа

б) 1,5 часа

в) 1 час

г) 30 минут

д) 15 минут

102. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ СТЕНОК ПОЛОСТИ МАТКИ СЛУЖИТ ВСЕ, КРОМЕ:

а) разрыв шейки матки I-П степени

б) кровотечение

в) рубец на матке

г) сомнение в целости плаценты

д) подозрение на разрыв матки

103.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДВС КРОВИ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) разрыв шейки матки

б) разрыв промежности

в) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты на большой площади

г) предлежание плаценты

104. ПРИНЦИПЫ БОРЬБЫ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ В АКУШЕРСТВЕ  
ВКЛЮЧАЮТ:

а) местный гемостаз

б) борьбу с нарушением свертываемости крови

в) инфузионно-трансфузионную терапию

г) профилактику почечной недостаточности

д) все выше перечисленное

105. РАЗВИТИЕ ПОЛНОГО РАЗРЫВА МАТКИ ОБЫЧНО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ,  
КРОМЕ:

а) прекращением родовой деятельности

б) исчезновением сердцебиения плода

в) уменьшением болей

г) преждевременным излитием околоплодных вод

д) развитием слабости, головокружения, тошноты

106. ПРИЧИНОЙ РАЗРЫВОВ ВЛАГАЛИЩА МОГУТ БЫТЬ:

а) стремительное течение родов

б) роды крупным плодом

в) неправильно оказанное пособие

г) варикозное расширение вен влагалища

д) все выше перечисленное

107. ДЛЯ ОПЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИМЕНЯЮТСЯ:

а) аускультация

б) кардиотокография

в) ультразвуковое исследование

г) все выше перечисленное

108. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОЙ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) стойкая брадикардия <100 в минуту

б) аритмия

в) глухость тонов сердца плода

г) сердцебиение плода 160-180 в минуту

д) сердцебиение плода 120-150 в минуту

**17**

109. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

а) респираторный дистресс-синдром

б) геморрагическая болезнь новорожденных

в) пороки развития

г) внутрижелудочковые кровоизлияния

д) врожденные инфекции

ПО. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА 2-Й ИЛИ 3-Й ДЕНЬ:

а) несовместимость групп крови

б) физиологическая желтуха

в) септицемия

г) сифилис

д) лекарственные препараты

111. ЧИСЛО СЕРДЦЕБИЕНИЙ ПЛОДА В МИНУТУ В НОРМЕ РАВНО:

а) 80-90 ударов

б) 100-110 ударов

в) 120-160 ударов

г) 170-180 ударов

112. ЧТО НАДО СДЕЛАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ РОЖДЕНИИ ГОЛОВКИ ПЛОДА,  
ЕСЛИ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ ОКРАШЕНЫ МЕКОНИЕМ?

а) определить рН плода

б) ввести гепарин сразу после рождения плода

в) отсосать слизь до рождения плечиков

г) произвести клейдотомию

113. ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИГРАЮТ:

а) гестоз

б) заболевание сердечно-сосудистой системы у беременной

в) заболевание почек

г) перенашивание беременности

д) все перечисленное выше

114. СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

а) гестоза  
б)курения

в) алкоголизма

г) гипертонической болезни

д) всем перечисленным выше

115. ОПЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

а)сердцебиение

б) дыхание

в) состояние зрачков

г) мышечный тонус

д) цвет кожи

**18**

116. КАКОВА НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ОСЛОЖНЕНИЯ II ПЕРИОДА РОДОВ У  
РОЖЕНИЦ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ХОРОШЕЙ РОДОВОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?

а) седловидная матка б)гидроцефалия

в) двойня

г) пупочная грыжа

д) дистоция (затруднение рождения) плечиков

117. ПЕРВАЯ ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПОКАЗАНА:

а) при сроке беременности до 12 недель

б) при ухудшении состояния

в) при присоединении акушерской патологии

г) при сроке беременности 28-32 недели

д) при появлении признаков недостаточности кровообращения

118. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ ВО  
ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) рождение крупного ребенка в анамнезе

б) мертворождение в анамнезе

в) наличие диабета у родственников

г) ожирение

д) все выше перечисленное

119. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ КЕСАРЕВОМ  
СЕЧЕНИИ?

а) многоводие

б) атония матки

в) интерстициально расположенный миоматозный узел

г) хорионамнионит

д) седловидная матка

120. ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ РАЗРЫВЕ МАТКИ И ЖИВОМ ПЛОДЕ ПРОИЗВОДЯТ  
ОПЕРАЦИИ:

а) наложение акушерских щипцов

б) извлечение плода за тазовый конец

в) кесарево сечение

г) краниотомию

121. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) анатомически узкий таз

б) рубец на матке

в) тяжелая форма нефропатии

г) порок сердца у матери

д) полное предлежание плаценты

122. К УСЛОВИЯМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ НЕ ОТНОСИТСЯ:

а) срок беременности

б) живой плод

в) отсутствие плодного пузыря

**19**

г) местонахождение головки плода

д) раскрытие шейки матки 4-5 см

123. В НАБОР ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НЕ ВХОДЯТ:

а) влагалищные зеркала

б) щипцы Симпсона-Феноменова

в) ножницы Феноменова

г) пулевые щипцы

д) краниокласт Брауна, перфоратор Бло

124. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ НЕПОЛНОЦЕННОМ РУБЦЕ НА МАТКЕ:

а) кесарево сечение в плановом порядке

б) кесарево сечение с началом родовой деятельности

в) через естественные родовые пути

г) наложение акушерских щипцов во 2 периоде родов

125. АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЮТСЯ ИНСТРУМЕНТОМ:

а) влекущим

б) ротационным

в) компрессионным

126. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К НАЛОЖЕНИЮ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) вторичная слабость родовых сил

б) начавшийся разрыв матки

в) клинически узкий таз

г) тазовое предлежание

**20**

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ ПО АКУШЕРСТВУ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 001 а | 033 в | 065 в | 097 в |
| 002 д | 034 в | 066 г | 098 г |
| 003 а | 035 в | 067 6 | 099 д |
| 004 з | 036 6 | 068 в | 100 г |
| 005 г | 037 г | 069 6 | 101 г |
| 006 6 | 038 г | 070 6 | 102 а |
| 007 д | 039 в | 071 д | 103 в |
| 008 6 | 040 6 | 072 д | 104 д |
| 009 г | 041а | 073 а | 105 г |
| 010 г | 042 а | 074 д | 106 д |
| 011 г | 043 в | 075 д | 107 г |
| 012 г | 044 6 | 076 6 | 108 а |
| 013 д | 045 а | 077 6 | 109 а |
| 014 г | 046 в | 078 г | 1106 |
| 015 д | 047 в | 079 6 | 111 в |
| 016 д | 048 а | 080 в | 112в |
| 017 в | 049 г | 081 г | 113д |
| 018 6 | 050 д | 082 а | 114 д |
| 019 6 | 051 в | 083 в | 115 в |
| 020 а | 052 г | 084 д | 116 д |
| 021 а | 053 в | 085 а | 117а |
| 022 а | 054 г | 086 г | 118 д |
| 023 в | 055 г | 087 г | 1196 |
| 024 а | 056 г | 088 д | 120 в |
| 025 а | 057 в | 089 д | 121 д |
| 026 6 | 058 д | 090 г | 122 д |
| 027 а | 059 г | 091 д | 123 6 |
| 028 в | 060 а | 092 а | 124 а |
| 029 а | 061 г | 093 г | 125 а |
| 030 г | 062 в | 094 6 | 126 а |
| 031 6 | 063 а | 095 в |  |
| 032 а | 064 а | 096 6 |  |

**ГИНЕКОЛОГИЯ**

***Тема: «Семиотика и диагностика заболеваний женских половых органов»***

***Указать номер правильного ответа***

1. При осмотре больной определяют следующие показатели:

1. тип телосложения,
2. характер оволосения и состояние кожных покровов,
3. выраженность вторичных половых признаков,
4. состояние живота,
5. все перечисленное выше.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

2. Для «кушингоидного» ожирения характерно отложение жировой ткани в области:

1. груди, живота, бедер,
2. «фартучное» ожирение,
3. VII шейного, I , II грудных позвонков, на плечах,
4. Лица, туловища, спины, живота,
5. Наружной поверхности рук, запястий.

(4)

***Указать номер правильного ответа***

3. При специальном гинекологическом исследовании проводят:

1. осмотр наружных половых органов,
2. исследование с помощью зеркал,
3. бимануальное исследование,
4. ректальное исследование,
5. все перечисленное верно.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

4. Для оценки функции желтого тела диагностическое выскабливание эндометрия следует проводить на:

1. 15-18 день цикла,
2. 19-21 день цикла,
3. 25-27 день цикла,
4. 11-14 день цикла,
5. независимо от фазы менструального цикла.

(2)

***Указать номер правильного ответа***

5. Патологию матки можно определить по результатам:

1. УЗИ,
2. гистероскопии,
3. гистеросальпингографии,
4. лапароскопии,
5. все перечисленное верно.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

6. Оценка функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы может быть дана на основании результатов:

1. измерения базальной температуры,
2. оценки кольпоцитограммы,
3. динамического определения гормонов в течении цикла,
4. биопсии эндометрия,
5. всего выше перечисленного.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

7.Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:

1. характер менструального цикла,
2. уровень эстрогенной насыщенности организма,
3. наличие овуляции,
4. полноценность лютеиновой фазы,
5. все перечисленное выше.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

8. Повышение ректальной температуры во вторую фазу овуляторного цикла обусловлено:

1. действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе,
2. действием прогестерона, который снижает теплоотдачу,
3. интенсификацией биохимических процессов в матке,
4. все перечисленное выше,
5. ничто из перечисленного.

(1)

***Указать номер правильного ответа***

9. Для ановуляторного менстструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно:

1. симптом зрачка « +++» в течение всего цикла,
2. однофазная базальная температура,
3. в соскобе эндометрия во вторую половину цикла поздняя фаза пролиферации,
4. все перечисленное,
5. ничто из перечисленного.

(4)

***Указать номер правильного ответа***

10. Какой тест функциональной диагностики не используют для оценки степени эстрогенной насыщенности:

1. измерение длины натяжения шеечной слизи,
2. определение кариопикнотического индекса,
3. базальную термометрию,
4. симптом «зрачка»,
5. симптом «папоротника».

(3)

***Указать номер правильного ответа***

11. Характерные особенности базальной температуры при двухфазном менструальном цикле:

1. 1-я фаза относительно гипотермии (ниже 37С0),
2. снижение накануне овуляции,
3. снижение за 1-3 дня до начала менструации,
4. повышение во вторую фазу цикла,
5. все перечисленное выше верно.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

12.Зондирование полости матки противопоказано при:

1. эндометриозе,
2. подслизистой миоме матки,
3. беременности,
4. опухоли яичника,
5. раке эндометрия.

(3)

***Указать номера всех правильных ответов***

13. К общим методам исследования, используемым в гинекологической практике относят:

1. осмотр наружных половых органов,
2. опрос,
3. общий осмотр,
4. бимануальное исследование,
5. пальпация живота.

(2,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

14. Для мужского типа телосложения характерно:

1. высокий рост,
2. короткие ноги,
3. широкие плечи,
4. узкий таз,
5. длинное туловище.

(1,3,4)

***Указать номера всех правильных ответов***

15. Для вирильного типа телосложения характерно:

1. высокий рост,
2. средний рост,
3. широкие плечи,
4. узкий таз,
5. короткие ноги.

(2,3,4,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

16. Для евнухоидного типа телосложения характерно:

1. высокий рост,
2. широкий таз,
3. узкие плечи,
4. узкий таз,
5. длинные ноги.

(1,3,4,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

17. К специальным методам исследования в гинекологической практике относят:

1. осмотр наружных половых органов,
2. пальпация живота,
3. перкуссия живота,
4. исследование с помощью зеркал,
5. бимануальное исследование.

(1,4,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

18. Для поражения гипоталамической области характерно отложение жировой ткани в области:

1. лица, туловища, спины, живота,
2. «фартучное» ожирение,
3. наружной поверхности рук,
4. VII шейного, I, II грудных позвонков, на плечах,
5. груди, живота, бедер.

(2,3)

***Указать номера всех правильных ответов***

19. К инструментальным методам исследования относятся:

1. исследование с помощью зеркал,
2. зондирование матки,
3. бимануальное исследование,
4. аспирационный кюретаж стенок полости матки,
5. пункция брюшной полости через задний свод.

(2,4,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

20. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует:

1. повышение базальной температуры в I фазу цикла,
2. повышение базальной температуры во II фазу цикла,
3. пролиферативные процессы в эндометрии во II фазу цикла,
4. секреторные изменения эндометрия во II фазу цикла,
5. укорочение фазы гипертермии.

(2,4)

***Указать номера всех правильных ответов***

21. Показаниями к проведению гистеросальпингографии являются:

1. опухоль яичника,
2. трубное бесплодие,
3. субмукозная миома матки,
4. эндометрит,
5. аномалии развития матки.

(2,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

22. Показаниями к проведению гистеросальпингографии являются:

1. аденомиоз,
2. субсерозная миома,
3. гиперплазия эндометрия,
4. дисфункциональное маточное кровотечение,
5. половой инфантилизм.

(1,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

23. Показаниями к проведению гистероскопии являются:

1. кровянистые выделения в менопаузе,
2. острый эндометрит,
3. подозрение на субмукозную миому,
4. подозрение на перфорацию матки,
5. подозрение на рак эндометрия.

(1,3,4,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

24. Показаниями к проведению гистероскопии являются:

1. профузное маточное кровотечение,
2. аденомиоз,
3. бесплодие,
4. аномалии развития матки,
5. опухоль яичника.

(2,3,4)

***Указать номера всех правильных ответов***

25. Показаниями к проведению гистероскопии являются:

1. нарушение менструального цикла,
2. острый эндометрит,
3. перфорация стенки матки,
4. невынашивание беременности,
5. внутриматочные синехии.

(1,3,4,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

26. Показаниями к проведению лапароскопии являются:

1. генитальный эндометриоз,
2. рак яичников,
3. геморрагический шок,
4. внематочная беременность,
5. апоплексия яичников.

(1,4,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

27. Показаниями к проведению лапароскопии являются:

1. перекрут ножки кистомы,
2. разлитой перитонит,
3. миома матки,
4. выраженный спаечный процесс.
5. пороки развития внутренних половых органов.

(1,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

28. Абсолютными противопоказаниями к проведению лапароскопии являются:

1. поливалентная аллергия,
2. геморрагический шок,
3. рак яичника,
4. беременность ˃ 16-18 недель,
5. некоррегируемая коагулопатия.

(2,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

29.Абсолютными противопоказаниями к проведению лапароскопии являются:

1. заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии декомпенсации,
2. разлитой перитонит,
3. острая и хроническая почечно-печеночная недостаточность,
4. заболевания головного мозга (опухоль, сосудистые),
5. выраженный спаечный процесс.

(1,3,4)

***Указать номера всех правильных ответов***

30.Относительными противопоказаниями к проведению лапароскопии являются:

1. некоррегируемая коагулопатия,
2. поливалентная аллергия,
3. разлитой перитонит,
4. подозрение на рак яичников,
5. геморрагический шок.

(2,3,4)

***Установить соответствие***

31. Установите соответствие между формой нарушения оволосения и клиническими проявлениями:

1. гипертрихоз,
2. гирсутизм,
3. вирилизм.

а) мужские вторичные половые признаки (рост усов, бороды)

б) усиленный рост волос по женскому типу,

в) усиленное оволосение по мужскому типу

(1б, 2в, 3а,в)

***Установить соответствие***

32. Установите соответствие между индексом массы тела (ИМТ) и степенью ожирения женщин репродуктивного возраста:

ИМТ:

1. 20-26
2. 26-30
3. 31-40
4. ˃ 40

Степень ожирения:

а) норма,

б) ожирение I-II ст.,

в) дефицит массы,

г) ожирение IV ст.,

д) ожирение III ст.

(1а; 2б; 3д; 4г)

***Установить соответствие***

33. Установите соответствие между характером менструального цикла и типом температурной кривой (базальная термометрия):

Характер цикла:

1. овуляторный,
2. ановуляторный.

(1б,в; 2а)

Тип кривой:

а) монофазная,

б) укорочение гипертермической фазы,

в) двуфазная

***Установить соответствие***

34. Установите соответствие между формой ожирения и клиническими проявлениями:

Форма:

1. климактерическое,
2. кушингоидное.

Локализация жировой ткани:

а) лицо, туловище, спина, живот;

б) грудь, живот, бедра;

в) VII шейного, I , II грудных позвонков, на плечах

(1б,в; 2а)

***Установить соответствие***

35. Установите соответствие между диагностической целью и тестами функциональной диагностики:

Цель:

1. определение степени эстрогенной насыщенности;
2. определение овуляции.

Тест:

а) симптом «зрачка»;

б) симптом «папоротника»;

в) базальная термометрия;

г) кольпоцитология;

д) с-м растяжения шеечной слизи

(1а,б,г,д; 2в)

***Установить правильную последовательность***

36. Установите правильную последовательность действий врача при выявлении патологии матки:

1. УЗИ;
2. бимануальное исследование;
3. опрос;
4. гистероскопия;
5. пальпация живота.

(3,5,2,1,4)

***Установить правильную последовательность***

37. Установите правильную последовательность действий врача при диагностике патологии придатков:

1. лапароскопия;
2. бимануальное исследование;
3. пальпация живота;
4. опрос;
5. УЗИ.

(4,3,2,5,1)

***Установить правильную последовательность***

38. Установите правильную последовательность действий врача при диагностике нарушений функции яичников:

1. УЗИ;
2. гормонограмма;
3. базальная термометрия;
4. бимануальное исследование;
5. опрос.

(5,4,3,1,2)

***Тема: «Аномальные маточные кровотечения (АМК). Аменорея»***

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

1. К нейрогормонам гипоталамуса относятся:

1. ЛГ;
2. гонадолиберин;
3. тиролиберин;
4. соматостатин;
5. пролактин.

(2,3,4)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

2. К нейрогормонам гипоталамуса относятся:

1. кортикотропин-рилизинг-фактор;
2. ФСГ;
3. соматотропин-рилизинг-фактор;
4. пролактин;
5. гонадолиберин.

(1,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

3. Эстрогены (эстрадиол, эстрон) вырабатываются:

1. гипофизом;
2. гранулезными клетками фолликула;
3. тека-клетками фолликула;
4. эндометрием;
5. гипоталамусом.

(2,4)

***Указать номера всех правильных ответов***

4. Указать причины АМК в климактерическом периоде:

1. стрессовые ситуации;
2. нарушение витаминного и минерального обмена;
3. инволюционные изменения в гипоталамо-гипофизарно-гонадной системе;
4. ановуляция;
5. бактериальная или вирусная инфекция.

(3,4)

***Указать номера всех правильных ответов***

5. Указать факторы, провоцирующие развитие АМК:

1. воспалительные процессы гениталий;
2. табакокурение;
3. изменения в гипоталамо-гипофизарно-гонадной системе;
4. ановуляция;
5. авитаминозы.

(1,2,5)

***Указать номер правильного ответа***

6. Аномальные маточные кровотечения это:

1. регулярные кровотечения, обусловленные органической патологией матки;
2. кровотечение, обусловленные нарушением функции одного из уровней регуляции МЦ;
3. ациклические кровотечения, обусловленные органической патологией матки;
4. правильные ответы 1 и 2;
5. правильные ответы 2 и 3.

(2)

***Указать номер правильного ответа***

7. Ановуляторные аномальные маточные кровотечения более характерны для:

1. репродуктивного периода;
2. ювенильного периода;
3. климактерического периода;
4. все ответы правильные;
5. правильные ответы 2 и 3.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

8. Овуляторные аномальные маточные кровотечения более характерны для:

1. репродуктивного периода;
2. ювенильного периода;
3. климактерического периода;
4. правильные ответы 1 и 2;
5. правильные ответы 1 и 3.

(1)

***Указать номер правильного ответа***

9. Указать основную причину ювенильных АМК:

1. стресс;
2. физические перегрузки;
3. незрелость гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы;
4. нарушения витаминного и натурального обмена;
5. бактериальная или вирусная инфекция.

(3)

***Установить соответствие***

10. Установите соответствие между анатомической структурой и синтезируемыми гормонами:

Анатомическая структура:

1. гипоталамус;
2. гипофиз;
3. яичники.

Гормоны:

а) эстрогены;

б) ЛГ, ФСГ;

в) пролактин;

г) гонадолиберин;

д) прогестерон.

(1г; 2б,в; 3а,д)

***Установить соответствие***

11. Установите соответствие между характером регуляции секреции ГТГ и анатомическими структурами:

Тип регуляции:

1. область тонической регуляции секреции ГТГ;
2. область циклической регуляции секреции ГТГ.

Анатомические образования гипоталамуса:

а) аркуатное ядро;

б) вентромедиальное ядро;

в) супраоптическое ядро.

(1б; 2а, в)

***Установить соответствие***

12. Установите соответствие между характером секреции ГТГ и механизмом связи ее регулирующим:

Характер секреции ГТГ:

1. циклическая;
2. тоническая;

Механизм связи:

а) прямая (+);

б) обратная (-);

в) прямая (-);

г) обратная (+);

(1а,г; 2б)

***Установить соответствие***

13. Установите соответствие между анатомической структурой, регулирующей менструальный цикл и вырабатываемыми гормонами:

Уровень регуляции:

1. ЦНС (экстрагипоталамические структуры);
2. гипоталамус (гипофизотропная зона);
3. аденогипофиз.

Гормоны:

а) ЛГ, ФСГ;

б) соматостатин;

в) пролактин;

г) нейротрансмиттеры (дофамин, норадреналин);

д) тиролиберин;

е) гонадолиберин.

(1г; 2б,д,е; 3а,в)

***Установить соответствие***

14. Установите соответствие между анатомической структурой, регулирующей менструальный цикл и вырабатываемыми гормонами:

Уровень регуляции:

1. аденогипофиз;
2. яичники;
3. эндометрий.

Гормоны:

а) прогестерон;

б) ЛГ, ФСГ;

в) пролактин;

г) эстрадиол, эстрон.

(1б,в; 2а,г; 3в,г)

***Установить соответствие***

15. Установите соответствие между формой АМК и характерными признаками:

Форма АМК:

1. ювенильное АМК;
2. климактерическое АМК.

Признаки:

а) ановуляция;

б) гиперэстрогения;

в) гипоэстрогения;

г) полименорея;

д) гиперменорея.

(1а,в,г; 2а,б,д;)

***Установить* *соответствие***

16. Установите соответствие между формой АМК и характерными признаками:

Формы:

1. ювенильное АМК;
2. климактерическое АМК.

Признаки:

а) персистенция фолликула;

б) атрезия фолликула;

в) гиперплазия эндометрия;

г) гипоэстрогения;

д) гиперэстрогения;

е) высокий уровень ГТГ;

ж) низкий уровень ГТГ.

(1б,в,г,ж; 2а,в,д,е;)

***Установить соответствие***

17. Установите соответствие между формой АМК и характерными признаками:

Формы:

1. ювенильное АМК;
2. климактерическое АМК.

Признаки:

а) персистенция фолликула;

б) гиперменорея;

в) полименорея;

г) атрезия фолликула;

д) гипоэстрогения;

е) гиперэстрогения.

.

(1в,г,д; 2а,б,е)

***Установить правильную последовательность***

18. Расположите в правильном порядке уровни регуляции менструальной функции:

1. матка;
2. аденогипофиз;
3. экстрагипоталамические церебральные структуры (ЦНС);
4. яичники;
5. гипофизотропная зона гипоталамуса.

(3,5,2,4,1)

***Установить правильную последовательность***

19. Установите правильную последовательность изменений в яичниках при нормальном менструальном цикле:

1. белое тело;
2. доминантный фолликул;
3. преантральный фолликул;
4. желтое тело;
5. антральный фолликул.

(3,5,2,4,1)

***Установить правильную последовательность***

20. Установите правильную последовательность действий врача при лечении ювенильных АМК:

1. лечение сопутствующих заболеваний;
2. гемостаз;
3. коррекция МЦ;
4. лечение анемии;
5. коррекция психо-соматического состояния.

(2,3,4,5,1)

***Установить правильную последовательность***

21. Установите правильную последовательность действий врача при остановке ювенильного АМК:

1. гистероскопия;
2. гормональный гемостаз;
3. негормональный медикаментозный гемостаз (утеротоники, транексамовая кислота, этамзилат);
4. лечение сопутствующих заболеваний;
5. физиотерапевтические методы.

(3,5,2,1,4)

***Установить правильную последовательность***

22. Установите правильную последовательность действий врача при лечении климактерических кровотечений:

1. коррекция (или подавление) менструальной функции;
2. лечение сопутствующих заболеваний;
3. хирургический гемостаз;
4. лечение анемии;
5. коррекция психо-соматического состояния.

(3,1,4,5,2)

***Установить правильную последовательность***

23. Установите правильную последовательность действий врача при остановке климактерического АМК:

1. гистероскопия;
2. негормональный медикаментозный гемостаз (транексамовая кислота, этамзилат, утеротоники);
3. гормональный гемостаз;
4. хирургический гемостаз;
5. физиотерапия.

(4,3,2,5,1)

***Установить* *соответствие***

24. Установите соответствие между формой аменореи и уровнем секреции ГТГ:

Форма:

1. гипоталамо-гипофизарная;
2. яичниковая;
3. маточная.

Уровень секреции:

а) нормогонадотропная;

б) гипогонадотропная;

в) гипергонадотропная.

(1б; 2в; 3а)

***Установить соответствие***

25. Установите соответствие между формой первичной аменореи и основными диагностическими критериями:

Формы аменореи:

1. центральная;
2. гонадная.

Диагностические критерии:

а) низкорослость, стигмы;

б) высокий рост, евнухоидизм;

в) отсутствие гонад (тяжи);

г) гипоплазия матки, яичников;

д) рудиментарная матка, трубы;

е) низкая секреция половых стероидов;

ж) высокая секреция ГТГ;

з) низкая секреция ГТГ.

(1б,г,е,з; 2а,в,д,е,ж)

***Установить* *соответствие***

26. Установите соответствие между формой вторичной аменореи и результатами гормональных проб:

Формы аменореи:

1. гипоталамо-гипофизарная;
2. гонадная;
3. маточная.

Результат проб:

а) с ГТГ (+);

б) с ГТГ (-);

в) с эстроген-гестагенами (+);

г) с эстроген-гестагенами (-).

(1а,в; 2б,в; 3б,г)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

27. Причинами гипоталамо-гипофизарной формы аменореи являются:

1. гиперпролактинемия;
2. гипотиреоз;
3. синдром резистентных яичников;
4. дисфункция и опухоли гипоталамо-гипофизарной системы;
5. синдром преждевременного истощения яичников.

(1,2,4)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

28. Причинами гонадной формы аменореи являются:

1. гиперпролактинемия;
2. синдром агенезии гонад;
3. гиперкортицизм;
4. синдром резистентных яичников;
5. синдром истощения яичников.

(2,4,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

29. Причинами маточной формы аменореи может являться:

1. синдром агенезии гонад;
2. врожденная аплазия матки;
3. внутриматочные синехии;
4. туберкулезный эндометрит;
5. гиперкортицизм.

(2,3,4)

***Указать* *номер* *правильного* *ответа***

30. Первичной аменореей называется отсутствие менструации у девушек, достигших:

1. 18-летнего возраста;
2. 17-летнего возраста;
3. 16-летнего возраста;
4. 15-летнего возраста;
5. 14-летнего возраста.

(4)

***Указать* *номер* *правильного* *ответа***

31. Причиной аменореи является:

1. соматические заболевания;
2. эндогенные интоксикации;
3. отсутствие циклических изменений в системе гипоталамус-гипофиз-гонады-эндометрий;
4. дефицит массы тела;
5. черепно-мозговая травма.

(3)

***Указать* *номер* *правильного* *ответа***

32. К факторам, способствующим возникновению аменореи относятся:

1. нервная анорексия;
2. гиповитаминоз (А, Е);
3. эндогенные интоксикации;
4. перинатальная патология (ЧМТ, гипоксия);
5. все ответы правильные.

(5)

***Указать* *номер* *правильного* *ответа***

33. К факторам, способствующим развитию аменореи относятся:

1. соматические заболевания;
2. стрессовые ситуации;
3. ятрогенные влияния (гормоны, транквилизаторы);
4. дефицит массы тела;
5. все ответы правильные.

(5)

***Указать* *номера всех* *правильных* *ответов***

34. Причинами яичниковой формы аменореи являются:

1. аутоиммунные поражения яичников;
2. синдром «пустого» турецкого седла;
3. гинатрезия;
4. послеродовый гипопитуитаризм;
5. ятрогенные нарушения функции яичников.

(1,5)

***Указать* *номера всех* *правильных* *ответов***

35. К развитию гипоталамо-гипофизарной формы аменореи приводят:

1. синдром гиперторможения ГТ-функции гипофиза;
2. послеродовый гипопитуитаризм;
3. синдром резистентных яичников;
4. выраженная потеря массы тела;
5. синдром «пустого» турецкого седла.

(1,2,4,5)

***Тема:*** *«****Нейроэндокринные синдромы в гинекологии»***

***Указать номер правильного ответа***

1. Метаболический синдром (МС) – это совокупность метаболических и клинических нарушений включающая:

1. абдоминальное (висцеральное) ожирение;
2. инсулинорезистентность, дислипидемия;
3. АГ, «диэнцефальные жалобы»;
4. нарушения менструальной функции (опсоолиго/аменорея), бесплодие;
5. все ответы верны.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

2. В лечении бесплодия, обусловленного наличием МС используют следующие группы лекарственных препаратов:

1. селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и НА (сибутрамин);
2. ингибиторы желудочно-кишечных липаз (орлистат);
3. КОК с антиандрогенным эффектом;
4. препараты, стимулирующие овуляцию (клостилбегит);
5. все ответы верны.

(5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

3. «Смертельный квартет» при метаболическом синдроме составляют:

1. абдоминальное (висцеральное) ожирение;
2. гипоэстрогения;
3. нарушение толерантности к глюкозе;
4. гиперлипидемия, дислипидемия;
5. артериальная гипертензия.

(1,3,4.5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

4. В патогенезе метаболического синдрома играют роль нарушения на уровне следующих систем:

1. гипоталамус-гипофиз-надпочечники;
2. гипоталамус-гипофиз-яичники;
3. гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа;
4. аутокринная эндокринная система висцеральной жировой ткани;
5. все ответы верны.

(1,2,4)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

5. При метаболическом синдроме имеют места следующие гормональные нарушения:

1. повышение секреции ФСГ, снижение ЛГ;
2. повышение секреции АКТГ, пролактина, кортизола;
3. повышение уровня инсулина;
4. снижение уровня тестостерона, ДГЭАС;
5. повышение уровня тестостерона, 17ОК, ДГЭАС.

(2,3,5)

***Установить правильную последовательность***

6.Установите правильную последовательность звеньев патогенеза метаболического синдрома:

1. нарушения продукции ГнРГ, извращения синтеза ГТГ (↓ФСГ↑ ЛГ), → ановуляция. → гипоэстрогения, гиперандрогения,→ вторичные СПКЯ, бесплодие;
2. гиперкортицизм → абдоминальное (висцеральное) ожирение;
3. нарушение обмена нейромедиаторов (↑β-эндорфина, ↓дофамина) → «диэнцефальные жалобы»; извращение синтера либеринов;
4. висцеральная жировая ткань → гиперинсулинемия, инсулинорезистентность, дислипидемия → атеросклероз. АГ;
5. повышение секреции АКТГ, пролактина глюко-(кортизола) и минералокортикоидов (альдостерон), андрогенов.

(3,5,2,4,1)

***Установить правильную последовательность***

7. Установите правильную последовательность действий врача по восстановлению репродуктивной функции при метаболическом синдроме:

1. хирургическое лечение (при наличии СПКЯ);
2. диетотерапия;
3. восстановление ритма менструации (КОК с андрогенным эффектом);
4. стимуляция овуляции (клостилбегит);
5. препараты для снижения массы тела (сибутрамин, орлистат).

(2,5,3,4,1)

***Указать номер правильного ответа***

8. Для климактерического синдрома (КС) характерны следующие виды растройств:

1. вазомоторные;
2. эмоционально-вегетативные;
3. урогенитальные;
4. обменно-трофические;
5. все ответы верны.

(5)

***Установить* *соответствие***

9. Установите соответствие между характером расстройств при климактерическом синдроме и клиническими проявлениями:

Виды расстройств:

1. вазомотроные;
2. эмоционально – вегетативные.

Клинические признаки:

а) депрессия;

б) раздражительность;

в) «приливы» жара;

г) сонливость;

д) потливость;

е) тахикардия, гипертензия;

ж) нарушение памяти, внимания.

(1в,д,е; 2а,б,г,ж)

***Установить* *соответствие***

10. Установите соответствие между характером расстройств при климактерическом синдроме и клиническими проявлениями:

Виды расстройств:

1. урогенитальные;
2. обменно-трофические.

Клинические признаки:

а) остеопороз;

б) диспареурия;

в) цисталгия;

г) сухость кожи и волос;

д) дислипидемия;

е) ожирение;

ж) недержание мочи;

з) зуд и жжение во влагалище

и) атеросклероз

(1б,в,ж,з; 2а,г,д,е,и)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

11. Показаниями к проведению ЗГТ являются:

1. нелеченная гиперплазия эндометрия;
2. синдром после тотальной овариэктомии (СПТО);
3. искусственная менопауза;
4. кровотечение неясного генеза;
5. климактерический синдром.

(2,3,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

12. Показаниями к проведению ЗГТ являются:

1. профилактика остеопороза в менопаузе;
2. атрофические изменения половых путей;
3. кровотечение неясного генеза;
4. рак яичников или шейки матки;
5. ранняя и преждевременная менопауза.

(1,2,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

13. Абсолютными противопоказаниями к проведению ЗГТ являются:

1. наличие, подозрения на рак молочной железы;
2. миома матки;
3. тромбофилии;
4. желчекаменная болезнь;
5. нелеченная АГ.

(1,3,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

14. Абсолютными противопоказаниями к проведению ЗГТ являются:

1. семейная триглицеридемия;
2. острые заболевания печени;
3. кровотечения неясного генеза;
4. эпилепсия;
5. стенокардия, инфаркт миокарда.

(2,3,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

15.Относительными противопоказаниями к проведению ЗГТ являются:

1. миома, эндометриоз;
2. мигрень;
3. подозрение, наличие рака эндометрия;
4. эпилепсия;
5. желчекаменная болезнь.

(1,2,4,5)

***Указать номер правильного ответа***

16. Основной причиной адреногенитального синдрома (врожденной дисфункции коры надпочечников - ВДКН) является:

1. хронические воспалительные заболевания яичников;
2. опухоль надпочечников;
3. наследственно обусловленный дефицит С21 – гидроксилазы;
4. снижение секреции ГТГ;
5. гиперпродукция АКТГ.

(3)

***Указать номер правильного ответа***

17. К клиническим формам АГС (ВДКН) относят:

1. классическая врожденная;
2. пубертатная;
3. постпубертатная;
4. все перечисленное выше верно;
5. верные ответы 1,3.

(4)

***Установите правильную последовательность***

18. Установите алгоритм действий врача при лечении АГС (ВДКН) с учетом звеньев патогенеза:

1. восстановление овуляторной функции (стимуляция овуляции);
2. подавление продукции надпочечниковых андрогенов;
3. негормональное лечение дерматологических проявлений гиперандрогении;
4. нормализация менструальной функции;
5. гормональное лечение дерматологических проявлений гиперандрогении.

(2,5,3,4,1)

***Установить правильную последовательность***

19. Установите алгоритм назначения лекарственных препаратов при лечении АГС (ВДКН) с учетом звеньев патогенезов:

1. стимуляция овуляции ГТГ;
2. негормональные антиандрогенные препараты (флутамид, спиронолактон);
3. стимуляция овуляции кломифеном;
4. глюкокортикоиды;
5. КОК с антиандрогенным эффектом (дроспиренон).

(4,5,2,3,1)

***Установить* *соответствие***

20. Установите соответствие между лекарственными препаратами и целью их назначения:

Лекарственные препараты:

1. глюкокортикоиды;
2. КОК с антиандрогенным эффектом.

Цель назначения:

а) устранение гирсутизма;

б) снижение продукции надпочечниковых андрогенов;

в) нормализация менструальной функции;

(1б; 2а,в)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

21. Указать универсальные критерии СПКЯ:

1. снижение массы тела;
2. гиперандрогения;
3. хроническая ановуляция;
4. эхографические признаки (увеличение объема яичников, кистозная атрезия фолликулов);
5. гиперполименорея.

(2,3,4)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

22. Указать универсальные диагностические УЗИ-критерии СПКЯ:

1. увеличение толщины М-эхо;
2. увеличение объема яичника ≥ 9 см2;
3. увеличение объема яичника ≥ 5 см3;
4. наличие гиперплазированной стромы;
5. не менее 10 фолликулов по периферии яичника d=10мм.

(2,4,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

23. Указать типичные клинические диагностические признаки СПКЯ:

1. опсоолиго/аменорея;
2. АМК;
3. гирсутизм, акне, себорея;
4. ожирение;
5. бесплодие, хроническая ановуляция.

(1,3,4,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

24. Для клинической картины синдрома преждевременной недостаточности яичников (СПНЯ) характерно:

1. АМК;
2. опсоолиго/аменорея;
3. вазомоторные расстройства (приливы, потливость, гипертензия и т.д.);
4. ожирение;
5. эмоционально-вегетативные расстройства (депрессия, раздражительность, снижение памяти).

(2,3,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

25. Гормональные изменения при синдроме преждевременной недостаточности яичников (СПНЯ) характеризуются наличием:

1. гипоэстрогении;
2. гиперандрогении;
3. гипоандрогении;
4. резкого увеличения секреции ЛГ, ФСГ;
5. нормогонадотропии.

(1,3,4)

***Указать номер правильного ответа***

26. В классификации синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) выделяют:

1. центральную форму;
2. яичниковую форму;
3. смешенную форму (яичнико-надпочечниковую);
4. все ответы правильные;
5. правильный ответ 1,2.

(4)

***Указать номер правильного ответа***

27. Причинами синдрома преждевременной недостаточности яичников (СПНЯ), являются:

1. генные дефекты;
2. ферментопатия (галактоземия);
3. инфекции (паротит, краснуха);
4. все ответы правильные;
5. правильные ответы 2,3.

(4)

***Указать номер правильного ответа***

28. Причинами синдрома преждевременной недостаточности яичников (СПНЯ) являются:

1. ятрогенные (химио; радио терапия);
2. идиопатические;
3. аутоиммунные;
4. все ответы правильные;
5. правильные ответы 1,3.

(4)

***Установить правильную последовательность***

29. Установите правильную последовательность звеньев патогенеза СПКЯ:

1. бесплодие;
2. гиперандрогения;
3. повышение секреции ЛГ, индекса ЛГ/ФСГ>2,5;
4. ановуляция, аменорея/ опсоменорея;
5. кистозная атрезия фолликулов.

(3,2,5,4,1)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

30. Гормональные изменения при СПКЯ характеризуются наличием:

1. резкого повышения секреции ФСГ, ЛГ;
2. увеличения ЛГ/ФСГ˃2,5 раза;
3. снижения уровня тестостерона, эстрогенов;
4. повышение уровня тестостерона, 17-ОП;
5. снижения уровня пролактина.

(2,4)

***Установить правильную последовательность***

31. Установите правильный алгоритм лечения СПКЯ:

1. оперативное лечение;
2. стимуляция овуляции ГТГ+ГнРГ;
3. КОК+антиандрогены;
4. стимуляция овуляции ГТГ;
5. стимуляция овуляции клостилбегитом.

(3,5,4,2,1)

***Установить правильную последовательность***

32. Установите правильную последовательность звеньев патогенеза АГС (ВДКН):

1. гиперандрогения → снижение синтеза ГТГ → нарушение фолликулогенеза в яичниках → опсоолиго/аменорея;
2. наследственный дефицит С21 – гидроксилазы;
3. усиленный синтез андрогенов (за счет избытка 17ОНГ и АКТГ);
4. нарушение метаболизма 17ОНГ в кортизол, дефицит кортизола;
5. дефицит кортизола → гиперпродукция АКТГ.

(2,4,5,3,1)

***Установить* *соответствие***

33. Установите соответствие между формой нэйро-эндокринного синдрома и его клиническими проявлениями:

Форма НЭС:

1. СПКЯ;
2. СПНЯ.

Клинические признаки:

а) вазомоторные расстройства;

б) ожирение;

в)опсоолиго/аменорея;

г) гирсутизм;

д) эмоционально-вегетативные расстройства;

е) бесплодие;

(1б,в,г,е; 2а,в,д,е)

***Установить соответствие***

34. Установите соответствие между формой нейро-эндокринного синдрома и характерными гормональными нарушениями:

Форма НЭС:

1. СПКЯ;
2. СПНЯ.

Гормональные изменение:

а) гипоандрогения;

б) гиперандрогения;

в) повышение секреции ЛГ;

г) гипоэстрогения;

д) повышение ЛГ/ФСГ коэффициента ˃ 2,5;

е) резкое повышение секреции ЛГ, ФСГ;

(1б,в,д; 2а,г,е)

***Установить* *соответствие***

35. Установите соответствие между формой нейро-эндокринного синдрома (НЭС) и приоритетным методом лечения:

Форма НЭС:

1. СПКЯ;
2. СПНЯ.

Метод лечения:

а) ЗГТ;

б) стимуляция овуляции;

в) хирургическое лечение.

(1б,в; 2а)

***Установить* *соответствие***

36. Установите соответствие между формой АГС (ВДКН) и ее клиническими проявлениями:

Форма:

1. классическая врожденная;
2. пубертатная.

Клинические проявления:

а) гирсутизм;

б) интерсексуальный тип ППС;

в) ложный женский гермафродитизм;

г) позднее менархе;

д) опсоолигаменорея;

е) гипоплазия молочных желез;

(1в; 2а,б,г,д,е)

***Установить соответствие***

37. Установите соответствие между формой АГС (ВДКН) и ее клиническими проявлениями:

Форма:

1. пубертатная;
2. постпубертатная.

Клинические проявления:

а) женский тип телосложения;

б) позднее менархе;

в) гирсутизм;

г) гипоплазия молочных желез;

д) интерсексуальный тип ППС;

е) гипоменструальный синдром, опсоолигоменорея;

ж) вторичное бесплодие;

(1б,в,г,д,е; 2а,е,ж)

***Установить правильную последовательность***

38. Установите правильную последовательность звеньев патогенеза при синдроме гиперпролактинемии:

1. галакторея, нарушение менструальной функции (опсоолигоменорея) → вторичная аменорея;
2. гиперпролактинемия → снижение секреции ГТГ;
3. нарушение продукции дофамина, ПИФ → гиперпролактинемия;
4. нарушение фолликулогинеза, стероидогенеза, ановуляция;
5. постоянная стимуляция секреции пролактина → гиперплазия лактофоров → микро-; макроаденома.

(3,5,2,4,1)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

39. Для клинической картины гиперпролактинемии могут быть характерны:

1. ожирение;
2. вторичная аменорея;
3. головная боль (мигрень), головокружения, транзиторная гипертензия;
4. галакторея;
5. офтальмологические нарушения (сужение полей зрения).

(2,3,4,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

40. Способностью синтезировать и секретировать пролактин обладают следующие структуры:

1. яичники;
2. аденогипофиз (пролактофоры);
3. клетки эндометрии;
4. щитовидная железа;
5. эпителиальные клетки тонкого кишечника.

(2,3,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

41. Для лечения гиперпролактинемии целесообразно использовать следующие препараты и методы лечения:

1. КОК;
2. агонисты дофамина (парлодел, достинекс, каберголин);
3. гестогены;
4. аденомэктомия;
5. телегамматерапия.

(2,4,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

42. Причинами физиологической гиперпролактинемии являются:

1. опухоли гипофиза (пролактинома);
2. беременность;
3. гипотиреоз;
4. период лактации;
5. надпочечниковая недостаточность.

(2,4)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

43. К органическим причинам гиперпролактинемии относятся:

1. эндокринные заболевания (гипотиреоз, болезнь Кушинга);
2. опухоли гипофиза;
3. нарушение продукции ПИФ, дофамина;
4. почечная недостаточность;
5. повреждение ножки гипофиза.

(2,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

44. К функциональным причинам гиперпролактинемии относят:

1. нарушение продукции дофамина, ПИФ;
2. опухоли гипофиза;
3. эндокринные заболевания (гипотиреоз, болезнь Кушинга);
4. травмы ножки гипофиза;
5. хронический стресс.

(1,3,5)

***Установить* *соответствие***

45. Установите соответствие между формой недостаточности функции периферических желез и клиническими проявлениями при синдроме Шихана:

Форма недостаточности:

1. яичников;
2. щитовидной железы;
3. надпочечников.

Клинические признаки:

а) артериальная гипотония;

б) опсоолиго/аменорея;

в) сонливость;

г) адинамия;

д) гиперпигментация;

е) сухость кожи, ломкость ногтей;

ж) бесплодие;

з) алопеция.

(1б,ж; 2в,е,з;3а,г,д)

***Установить правильную последовательность***

46. Установите правильную последовательность звеньев патогенеза синдрома Шихана:

1. клиническая картина надпочечниковой недостаточности, гипотиреоза, аменореи;
2. геморрагический, септический шок;
3. нарушение синтеза глюкокортикоидов; Т3, Т4; половых стероидов;
4. некроз анденогипофиза, нарушение синтеза АКТГ, ТТГ, ГТГ;
5. спазм или тромбоз сосудов аденогипофиза.

(2,5,4,3,1)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

47. В основе патогенеза синдрома Шихана лежит:

1. дефицит рецепторов к тропным гормонам;
2. некроз аденогипофиза;
3. дефицит синтеза и секреции тропных гормонов гипофиза;
4. дефицит выработки рилизинг гормонов;
5. все ответы верны.

(2,3)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

48. Для синдрома Шихана характерны следующие гормональные нарушения:

1. снижение синтеза и секреции тропных гормонов гипофиза;
2. гиперандрогения;
3. повышение синтеза и секреции ГТГ;
4. снижение синтеза женских половых стероидов;
5. снижение синтеза кортизола, Т3, Т4.

(1,4,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

49. Климактерий характеризуется следующими гормональными критериями:

1. низкий уровень эстрадиола;
2. высокий уровень АКТГ;
3. высокий уровень ФСГ, индекс ЛГ/ФСГ<1;
4. низкий уровень глюкокортикоидов;
5. индекс эстрадиол/эстрон <1.

(1,3,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

50. Развитию синдрома Шихана (Шиена) способствует:

1. врожденная недостаточность аденогипофиза;
2. геморрагический шок;
3. сепсис, септический шок;
4. правильные ответы 1,2;
5. все ответы верны.

(2,3)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

51. При лечении предменструального синдрома используют следующие группы лекарственных препаратов:

1. антигонадотропные препараты;
2. андрогены;
3. монофазные КОК;
4. глюкокортикоиды;
5. все ответы верны.

(1,3)

***Указать номер правильного ответа***

52. При лечении предменструального синдрома используют следующие методы лечения:

1. психотерапия;
2. диетотерапия;
3. физиотерапия;
4. медикаментозная терапия;
5. все ответы верны.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

53. При лечении предменструального синдрома могут быть использованы следующие группы лекарственных препаратов:

1. антидепресанты;
2. анксиолитики;
3. гормональные препараты;
4. НПВС;
5. все ответы верны.

(5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

54. Предменструальный синдром может протекать в следующей форме:

1. отечная;
2. компенсированная;
3. психовегетативная;
4. цефалгическая;
5. кризовая.

(1,3,4,5)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

55. Предменструальный синдром может протекать в следующих формах:

1. стертая;
2. кризовая;
3. атипичная;
4. правильные ответы 1,3;
5. все ответы верны.

(2,3)

***Указать* *номера* *всех* *правильных* *ответов***

56. При лечении предменструального синдрома используют следующие лекарственные препараты:

1. агонисты ГнРГ;
2. гонадотропины;
3. монофазные КОК;
4. антиэстрогены;
5. все ответы верны.

(1,3,4)

***Указать номер правильного ответа***

57. Развитию предменструального синдрома (ПМС) способствует:

1. хронический стресс;
2. осложненные роды, аборты;
3. нейроинфекции;
4. черепно-мозговые травмы;
5. все ответы верны.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

58. В патогенезе предменструального синдрома имеют определяющее значение:

1. нарушение обмена нейропептидов (опиоидов, дофамина, НА и т.п.);
2. гиперпролактинемия;
3. нарушение в системе гипоталамус-гипофиз-надпочечники;
4. гиперпростагландинемия;
5. все ответы верны.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

59. Атипичная форма ПМС может протекать в виде:

1. циклический гипертермический синдром;
2. циклический офтальмоплегический мигренеподобный синдром;
3. циклический гиперсомнический синдром;
4. циклический аллергический синдром;
5. все ответы верны.

(5)

***Установить соответствие***

ТЕСТ 60. Установите соответствие между формой предменструального синдрома и его клиническими правлениями:

Формы ПМС:

1. психовегетативная;
2. цефалгическая.

Клинические признаки:

а) головные боли по типу мигрени;

б) депрессия;

в) агрессивность;

г) головная боль напряжения;

д) плаксивость;

е) раздражительность;

ж) сосудистые головные боли (пульсирующие, распирающие);

(1б,в,д,е; 2а,г,ж)

***Установить соответствие***

ТЕСТ 61. Установите соответствие между формой ПМС и его клиническими правлениями:

Формы ПМС:

1. отечная;
2. кризовая – синдром панических атак.

Клинические признаки:

а) артериальное гипертензия;

б) тахикардия;

в) отечность лица, кистей, голени;

г) озноб;

д) нагрубание, болезненность молочных желез;

е) прибавка массы;

ж) вздутие живота;

з) парестезия в конечностях;

и) ощущение сдавления за грудиной.

(1в,д,е,ж; 2а,б,г,з,и)

***Тема: « Миома матки»***

***Указать номер правильного ответа***

1. В патогенезе миомы матки определяющее значение имеет:

1. уровень эстрадиола и прогестерона в маточном кровотоке;
2. соотношение концентрации эстрадиола/прогестерона;
3. плотность гормональных рецептов;
4. время экспозиции гормонов;
5. все выше перечисленное.

(5)

***Указать номер правильного ответа***

2. Для больной миомой матки не характерно:

1. позднее менархе;
2. меноррагии и/или метроррагии;
3. нарушение функции смежных органов;
4. снижение репродуктивной функции;
5. более позднее наступление постменопаузы.

(1)

***Указать номера всех правильных ответов***

3. Консервативная миомэктомия проводится обычно:

1. у больных молодого возраста (репродуктивный период);
2. при подбрюшинном расположении узла миомы на ножке;
3. для сохранения менструальной функции женщины;
4. для сохранения генеративной функции женщины;
5. верно 1,3

(1,2,3,4)

***Указать номер правильного ответа***

4. В каком возрасте наиболее часто встречается миома матки:

1. до 25 лет;
2. 25-39 лет;
3. 40-50 лет;
4. Старше 60 лет.

(3)

***Указать номер правильного ответа***

5. Фактором риска возникновения миомы матки являются:

1. наследственная предрасположенность;
2. относительная гипоэстрогения;
3. нарушения жирового обмена;
4. длительное «ношение» ВМС;
5. все перечисленное верно.

(1)

***Установите соответствие:***

6. Установите соответствие между локализацией миомы матки и направлением роста:

Миомы:

1. интерстициальная миома матки;
2. субсерозная миома матки;
3. субмукозная миома матки.

Направление роста:

а) рост в сторону брюшной полости;

б) рост в полость матки;

в) рост в толще стенки.

(1в; 2а; 3б)

***Указать номера всех правильных ответов***

7. Доказательное снижение риска развития миомы матки отмечено:

1. у нерожавших женщин;
2. при длительном приеме КОК;
3. у многорожавших;
4. у перенесших воспалительный процесс;
5. не подвергавшимся абортам.

(2,3,5)

***Установите соответствие***

8. Установите соответствие между типом субмукозных узлов и характеризующими признаками:

Тип узла:

1. 0 тип;
2. I тип;
3. II тип.

Признаки:

а) ˃ 50% объема узла межмышечно, меньшая часть в полости;

б) узел полностью в полости матки;

в) ˂ 50% объема узла межмышечно, большая часть в полости.

(1б; 2в; 3а)

***Установите соответствие***

9. Установите соответствие между типом субсерозных узлов и характеризующими признаками:

Тип узла:

1. 0 тип;
2. I тип;
3. II тип.

Признаки:

а) ˃ 50% объема узла межмышечно, меньшая часть в брюшной полости;

б) узел на ножке, весь в брюшной полости;

в) ˂ 50% объема узла межмышечно, большая часть в брюшной полости.

(1б; 2в; 3а)

***Указать номер правильного ответа***

10. Наиболее информативным методом диагностики интерстициальной миомы матки является:

1. влагалищное исследование;
2. УЗИ;
3. гистеросальпингография;
4. гистероскопия;
5. лапароскопия.

(2)

***Указать номера всех правильных ответов***

11. Наиболее характерными симптомами при миоме матки являются:

1. менометроррагии;
2. хронические тазовые боли;
3. нарушение функции соседних органов;
4. позднее менархе;
5. бесплодие.

(1,2,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

12. Наиболее эффективны при консервативном лечении миомы матки:

1. прогестагены
2. физио- и бальнеотерапию
3. агонисты гонадолиберина
4. конъюгированные эстрогены
5. селективные модуляторы прогестероновых рецепторов

(3,5)

***Указать номер правильного ответа***

13. При каком расположении миоматозного узла отмечается нарушение функции мочевого пузыря:

1. межсвязочном
2. подслизистом
3. подбрюшинном
4. межмышечном
5. верно 1,4

(3)

***Указать номер правильного ответа***

14. Какой метод исследования позволяет точно установить подслизистую локализацию миоматозных узлов:

1. зондирование;
2. лапароскопия;
3. кульдоскопия;
4. гистеросальпингография;
5. гистероскопия.

(5)

***Указать номера всех правильных ответов***

15. Типичными симптомами субмукозной миомы являются:

1. дисменорея;
2. нарушение функции соседних органов;
3. менометроррагии;
4. увеличение матки;
5. повышение t °C.

(1,3,4)

***Указать номер правильного ответа***

16. Наиболее часто встречающаяся опухоль матки- это:

1. саркома;
2. аденокарцинома;
3. аденомиоз;
4. хорионэпителиома;
5. миома.

(5)

***Указать номера всех правильных ответов***

17. Миома матки развивается из следующих элементов:

1. периневралыюй оболочки;
2. фиброзной ткани;
3. мышечных клеток;
4. адвентиция кровеносных сосудов;
5. клеток эндометрия.

(2,3,4)

***Указать номер правильного ответа***

18. Определяющими особенностями миомы матки являются:

1. это доброкачественная, гормональнозависимая опухоль;
2. исходит из поперечно-полосатой мышечной ткани;
3. наиболее часто встречается у женщин раннего репродуктивного возраста;
4. склонна к малигнизации;
5. всё перечисленное выше.

(1)

***Указать номер правильного ответа***

19. С чем связаны симптомы «острого» живота у больной с миомой матки:

1. нарушением питания в узле;
2. рождением субмукозного узла;
3. острой патологией, не имеющей отношения к миоме матки;
4. быстрым ростом узла;
5. интралигаментарным расположением узла.

(1)

***Указать номер правильного ответа***

20. Осложнениями рождающейся подслизистой миомы матки может быть всё перечисленное, кроме:

1. образования декубитальной язвы;
2. некроза узла;
3. профузного маточного кровотечения;
4. острой ишурии;
5. выворота матки.

(1)

***Указать номер правильного ответа***

21. С наступлением менопаузы в миоматозных узлах обычно происходят следующие изменения:

1. не претерпевает сколько-нибудь существенных изменений;
2. увеличивается;
3. уменьшается;
4. обезыствляется;
5. инфицируется.

(3)

***Установите последовательность***

22. Установите правильную последовательность развития патогенетических изменений при миоме матки:

1. миоматозный узел;
2. активизация процессов пролиферации миоцитов → зачаток роста;
3. активизация аутокринно-паракринных механизмов;
4. нарушение процессов апоптоза;
5. формирование локальных автономных механизмов роста.

(4,2,3,5,1)

***Установите последовательность***

23. Укажите алгоритм действий врача при диагностике субмукозной миомы:

1. УЗИ;
2. бимануальное исследование;
3. гистероскопия;
4. опрос;
5. пальпация живота.

(4,5,2,1,3)

***Установите последовательность***

24. Укажите алгоритм действий врача при диагностике субсерозной миомы:

1. бимануальное исследование;
2. пальпация живота;
3. лапароскопия;
4. УЗИ;
5. опрос.

(5,2,1,4,3)

***Указать номер правильного ответа***

25. О наличии субмукозной миомы матки можно судить на основании результатов всех исследований, кроме:

1. трансвагинальная эхографии;
2. рентгенотелевизионной гистеросальпингографии;
3. гистероскопии;
4. зондирования полости матки;
5. лапароскопии .

(5)

***Указать номера всех правильных ответов***

26. Что необходимо проводить у больных репродуктивного возраста с бессимптомным течением миомы матки:

1. динамическое наблюдение;
2. хирургическое лечение;
3. общеукрепляющее лечение;
4. гормональное лечение;
5. верно все перечисленное.

(1,4)

***Установите правильную последовательность***

27. Установите правильную последовательность стадий морфогенеза миомы:

1. дегенеративные изменения в узле;
2. рост с дифференцировкой и созреванием;
3. образование активной зоны роста в миометрии с активизированным клеточным метаболизмом;
4. рост опухоли без признаков дифференцировки;
5. нарушение механизмов апоптоза и пролиферации

(5,3,4,2,1)

***Указать номера всех правильных ответов***

28. Морфоструктура миомы матки включает следующие компоненты:

1. силовой миометрин;
2. нервные и сосудистые элементы;
3. соединительнотканную строму;
4. верно 1,2
5. верно 1,3

(1,2,3)

***Установите правильную последовательность***

29. Установите правильную последовательность развития патогенетических изменений при миоме:

1. запуск синтеза коллагена;
2. доброкачественное гормональнозависимое гладкомышечное образование;
3. прогестерон → гипертрофия мышечных элементов сосудистой стенки;
4. дифференцировка сосудистых миоцитов в силовые;
5. пласт гладкомышечных клеток.

(3,4,1,5,2)

***Установите правильную последовательность***

30. Установите правильную последовательность развития патогенетических изменений при миоме:

1. активный зачаток роста;
2. формирование локальных автономных механизмов роста;
3. миоматозный узел;
4. прогестерон → дисрегуляция ключевых генов HMJ;
5. нарушение процессов апоптоза и пролиферации.

(4,5,1,2,3)

***Указать номера всех правильных ответов***

31. Показаниями к хирургическому лечению миомы матки являются:

1. субмукозная миома с анемизацией больной;
2. бесплодие в течение 1 года;
3. миома больших размеров;
4. быстрый рост миомы;
5. бессимптомная миома.

(1,3,4)

***Указать номер правильного ответа***

32. Наиболее эффективным методом гемостаза при миоме матки с менометроррагией в репродуктивном и климактерическом периодах является:

1. утеротоники, препараты повышающие свертывающие свойства крови;
2. гормональный гемостаз синтетическими прогестинами;
3. тампонада влагалища;
4. гистероскопия с раздельным выскабливанием стенок полости матки;
5. физиотерапия.

(4)

***Указать номера правильных ответов***

33. Показаниями к оперативному лечению миомы матки являются:

1. межмышечная локализация узлов;
2. быстрый рост опухоли ;
3. большие размеры матки;
4. субмукозная миома в постменопаузе при отсутствии клиники;
5. некроз миоматозного узла.

(2, 3, 5)

***Указать номера всех правильных ответов***

34. Миома матки может быть причиной всех перечисленных состояний, кроме:

1. привычного невынашивания беременности;
2. неполноценности лютеиновой фазы;
3. синдром хронической тазовой боли;
4. непроходимости маточных труб;
5. бесплодия.

(2,4)

***Указать номер правильного ответа***

35. Какое обследование не показано при подготовке к оперативному лечению пациенток с миомой матки в объеме надвлагалищной ампутации:

1. онкоцитология;
2. расширенная кольпоскопия;
3. диагностическое выскабливание цервикального и полости матки;
4. лапароскопия;
5. УЗИ.

(4)

***Указать номера всех правильных ответов***

36. Какой вид операции относится к консервативно-пластическим операциям при миоме матки:

1. трансцервикальная электрохирургическая миомэктомия;
2. миомэктомия;
3. надвлагалищная ампутация матки;
4. эмболизация маточных артерий;
5. лапароскопическая окклюзия маточных артерий.

(1,2)

***Указать номера всех правильных ответов***

37. К каким последствиям может привести отсутствие лечения больных с миомой матки:

1. быстрый рост опухоли;
2. развитие мастопатии;
3. прогрессирование симптомов заболевания;
4. усиление дисфункции яичников и других эндокринных желез;
5. озлокачествление опухоли.

(1,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

38. Показаниями к хирургическому лечению миомы матки являются:

1. размеры опухоли до 12-13 нед. беременности;
2. рост миоматозного узла в менопаузе;
3. некроз миоматозного узла;
4. интрамуральная миома;
5. подозрение на малигнизацию.

(2,3,5)

***Указать номера всех правильных ответов***

39. Показаниями к эмболизации маточных артерий (ЭМА) являются:

1. бессимптомная миома небольших размеров;
2. «симптомная» миома;
3. множественная миома больших размеров;
4. субсерозная миома на ножке;
5. «рождение» субмукозного узла.

(2,3)

***Указать номера всех правильных ответов***

40. Преимуществами эмболизации маточных артерий перед гормональным лечением являются:

1. одномоментность воздействия;
2. сохранение матки;
3. сохранение длительного эффекта;
4. отсутствие интраоперационной кровопотери;
5. возможность проведения больным с экстрагенитальными заболеваниями.

(1,3,5)

***Указать номер правильного ответа***

41. Преимуществами ЭМА перед хирургическим лечением являются:

1. одномоментное воздействие на все миоматозные узлы;
2. сохранение матки;
3. отсутствие интраоперационной кровопотери;
4. меньший риск осложнений;
5. все перечисленное выше.

(5)

***Установите соответствие***

42. Установите соответствие между оптимальным объемом хирургического лечения и клиническим диагнозом:

Объем вмешательства:

1. надвлагалищная ампутация матки;
2. экстирпация матки.

Диагноз:

а) миома больших размеров;

б) шеечная миома;

в) миома в сочетании с аденомиозом;

г) субсерозная миома с нарушением функции мочевого пузыря.

(1а,г;2б,в,д,е)

***Установите соответствие***

43. Установите соответствие между типом субмукозного узла и оптимальным объемом оперативного лечения:

Тип субсерозного узла:

1. 0 тип
2. I тип
3. II тип

Вид операции:

а) лапаротомическая миомэктомия (лапаротомический доступ)

б) трансцервикальная миомэктомия

(1б;2б;3а)

***Установите соответствие***

44. Установите соответствие между типом субсерозного узла и характером хирургического вмешательства:

Тип субсерозного узла:

1. 0 тип
2. I тип
3. II тип

Вид операции:

а) миомэктомия (лапаротомический доступ)

б) миомэктомия (лапароскопический доступ (1б; 2б; 3а)

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ГИНЕКОЛОГИИ**

001. ГИПОТАЛАМУС ВЫРАБАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ:

а) гонадотропины

б) эстрогены

в) гестагены

г) рилизинг-факторы

002. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ:

а) рост фолликулов в яичнике

б) продукцию кортикостероидов

в) продукцию ТТГ в щитовидной железе

г) все перечисленное

003. ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

а) двухфазность менструального цикла

б) уровень эстрогенной насыщенности организма

в) наличие овуляции

г) полноценность лютеиновой фазы цикла

д) все перечисленное

004. ПЕРВИЧНАЯ АЛЬГОМЕНОРЕЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

а) инфантилизмом

б) ретродевиацией матки

в) высокой продукцией простагландинов

г) ничем из перечисленного

005. ФАЗА СЕКРЕЦИИ В ЭНДОМЕТРИИ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛНОЦЕННОЙ ТОЛЬКО В ТОМ  
СЛУЧАЕ, ЕСЛИ:

а) полноценна фаза пролиферации

б) произошла овуляция

в) функционирует полноценное желтое тело

г) правильные ответы б) и в)

д) правильные ответы а), б) и в)

006. БРЮШИНА МАЛОГО ТАЗА ПОКРЫВАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:

а) тела матки б)яичников

в) дна мочевого пузыря

г) ампулярных отделов маточных труб

д) крестцово-маточных связок

007. АНОВУЛЯТОРНЫЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

а) с беременностью (прогрессирующей)

б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем

в) с подслизистой миомой матки

г) правильные ответы б) и в)

д) все ответы правильные

008. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГИСТЕРОСАЛЫТИНГОГРАФИИ МОЖНО СУДИТЬ  
ОБО ВСЕМ, КРОМЕ:

а) размера тела матки

б) формы полости матки

в) размера полости матки

г) наличия дефектов заполнения в полости матки

д) проходимости маточных труб

009. ПРИ ОСМОТРЕ ШЕЙКИ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ ЗЕРКАЛ МОЖНО СДЕЛАТЬ  
ОБОСНОВАННОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБО ВСЕМ, КРОМЕ:

а) рубцовой деформации шейки матки

б) элонгации и гипертрофии шейки матки

в) атипических изменений эпителия влагалищной части шейки матки

г) родившейся подслизистой миоме матки

д) полипа слизистой в канале шейки матки

010. ПРИЧИНЫ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:

а) дисплазия соединительной ткани

б) хронические запоры

в) частый кашель

г) несостоятельность мышц тазового дна вследствие травматичных родов

д) регулярная тяжелая физическая нагрузка

е) все выше перечисленное

011. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЗОНДИРОВАНИЮ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) острый воспалительный процесс половых органов

б) подозрение на маточную беременность

в) подозрение на наличие подслизистого узла миомы

г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы правильные

012. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАРАОВАРИАЛЬНОЙ КИСТЫ ПРОИЗВОДИТСЯ:

а) удаление кисты

б) удаление придатков на стороне поражения

в) удаление яичника на стороне поражения

г) резекция яичника на стороне поражения

013. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ 50 ЛЕТ  
ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция  
г)электроконизация

014. ВОЗМОЖНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯИЧНИКА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) желтое тело

б) фолликулярная киста яичника

в) киста желтого тела

г) все перечисленное

д) ничто из перечисленного

015. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА - ЭТО:

а) остро возникшее кровотечение из яичника

б) разрыв яичника

в) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника

г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы правильные

016. ТЕРМИН "АДЕНОМИОЗ" ПРИМЕНЯЕТСЯ:

а) во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации

б) только при разрастаниях эндометриоидной ткани в стенке матки

в) при эндометриозе, который сопровождается образованием кист

г) только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается наличием

миоматозных узлов

д) только при ретроцервикальном эндометриозе

017. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ МИОМОЙ МАТКИ И ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА:

а) двуручное влагалищное исследование б)УЗИ

в) проба с пулевыми щипцами

г) лапароскопия

д) зондирование полости матки

018. ОСОБЕННОСТЯМИ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

а)овуляция

б) образование желтого тела в яичнике

в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла

г) все перечисленное

д) ничто из перечисленного

019. ЭСТРОГЕНЫ СЕКРЕТИРУЮТСЯ:

а) клетками внутренней оболочки фолликула

б) желтым телом

в) корковым веществом надпочечника

г) все перечисленное

д) ничто из перечисленного

020. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА С КРАТКОВРЕМЕННОЙ  
ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ ЗРЕЛОГО ФОЛЛИКУЛА ХАРАКТЕРНО:

а) симптом «зрачка»

б) однофазная базальная температура

в) в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла поздняя фаза пролиферации

г) все перечисленное

д) ничто из перечисленного

021. ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ  
НАБЛЮДАЮТСЯ СИМПТОМЫ.

а) вегето-сосудистые

б) обменно-эндокринные

в) нервно-психические

г) все перечисленное

д) ничто из перечисленного

022. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) генитальный инфантилизм б)бесплодие

в) осложненные роды, аборты

г) перенесенные воспалительные заболевания гениталий

д) все ответы правильные

023. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ  
БЕРЕМЕННОСТИ

а) определение хорионического гонадотропина в крови и в моче

б) трансвагинальная эхография

в) пункция брюшной полости через задний свод влагалища

г) лапароскопия

024. ДЛЯ 1 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ,  
КРОМЕ:

а) ановуляторные циклы в анамнезе

б) нередко первичное или вторичное бесплодие

в) позднее наступление постменопаузы

г) гипертоническая болезнь

д) ожирение

е) сахарный диабет

ж) атрофия эндометрия

025. ЧТО НЕ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРЕДРАКУ ЭНДОМЕТРИЯ?

а) любая форма гиперпластического процесса эндометрия

б) железисто- кистозная гиперплазия и полипы эндометрия в постменопаузе

в) рецидивирование и отсутствие эффекта от терапии гиперпластического процесса  
эндометрия.

г) любая форма гиперпластического процесса эндометрия у больных с нейрообменно-  
эндокринными нарушениями.

**26**

026. ЧТО НЕ ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НОЖКИ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА?

а) круглые связки

б) воронко-тазовая связка

в) собственная связка яичника

г) труба

д) сальник

027. К ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКА ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ, КРОМЕ:

а) гранулезоклеточной опухоли;

б) дисгерминомы;

в) тека-клеточной опухоли

г) андробластомы;

д) арренобластомы

028. С ЧЕМ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РАК ЯИЧНИКА?

а) миома матки

б) эндометриоидная киста яичника

в) дистопированная почка

г) доброкачественная опухоль яичника

д) все ответы правильные кроме в)

029. ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО:

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

030. НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА МАТОЧНОЙ

ТРУБЫ СОПРОВОЖДАЮТ:

а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

б) иррадиация боли в задний проход

в) тошнота или рвота

г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы правильные

031. ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННСОТЬ, НАРУШЕННУЮ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА,  
НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

а) самопроизвольным выкидышем малого срока

б) обострением хронического сальпингоофорита

в) апоплексией яичника

г) дисфункциональным маточным кровотечением

д) острым аппендицитом

е) все ответы правильные

032. ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА НАБЛЮДАЮТСЯ:

а) сильные боли внизу живота, возникающие после физического напряжения

б) резко болезненная опухоль в малом тазу при бимануальном исследовании

в) симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

г) правильные ответы а) и б)

д) правильные ответы а), б) и в)

033. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА

ЯИЧНИКОВ:

а) тошнота, изжога

б) боли в эпигастрии

в) увеличение яичников с обеих сторон

г) слабость, недомогание, похудание  
д)асцит

е) все ответы правильные

034. ЭНДОМЕТРИОЗ - ЭТО:

а) дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия

б) опухолевидный процесс

в) доброкачественное разрастание ткани по морфологическим и  
функциональным свойствам подобной эндометрию

г) правильные ответы а) и в)

д) правильные ответы а), б) и в)

035. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ НАПРАВЛЕНА:

а) на уменьшение структурных изменений в малом тазу

б) на уменьшение сопутствующих эндокринных изменений

в) на уменьшение болевых ощущений

г) все перечисленное

д) ничто из перечисленного

036. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НАЗНАЧАЕТСЯ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
БОЛЬНЫМ МИОМОЙ МАТКИ:

а) отсутствие симптомов

б) величина матки до 15 недель

в) пременопаузальный период

г) мало выраженные симптомы анемии

д) небольшие размеры миомы

е) все ответы правильные, кроме а) и б)

037. ДЛЯ ЖЕЛТОГО ТЕЛА БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

а) секретирует прогестерон

б) секретирует эстрогены

в) ХГ стимулирует развитие желтого тела

г) активно функционирует на протяжении всей беременности

038. О ПОЛНОЦЕННОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА  
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

а) повышение базальной температуры в первую фазу цикла

б) пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

039. ХОРИОНИЧЕСКИЙ ГОНАДОТРОПИН:

а) секретируется клетками трофобласта

б) по своему действию сходен с лютропином

в) усиливает продукцию эстрогенов и прогестерона клетками желтого тела

г) все правильно

д) все неправильно

040. УКАЖИТЕ ГОРМОН, СЕКРЕЦИЯ КОТОРОГО ИНГИБИРУЕТСЯ ПРИ ВЫСОКОЙ

КОНЦЕНТРАЦИИ ЭСТРАДИОЛА:

а) прогестерон б)ХГ в)ЛГ г)ФСГ

д) все

**29**

041. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ТЕЛА МАТКИ:

а) отмечается сочетание с туберкулезом придатков

б) тело матки, как правило, увеличено

в) имеется нарушение менструальной функции

г) бесплодие

д) правильные ответы а), в), г)

е) все ответы правильные

042. ПЕРОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ  
ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ:

а) подавления овуляции

б) изменения состава маточной слизи

в) гипоэстрогенного состояния

г) снижения уровня гонадотропинов

043. ОСНОВНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ УДОВЛЕТВОРЯЮТ КОНТРАЦЕПТИВЫ:

а) оральные

б) ВМС

в) механические

г) химические

д) правильно а) и б)

044. ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОГУТ ПОМОЧЬ В УСТАНОВЛЕНИИ

ДИАГНОЗА ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, КРОМЕ:

а) лапароскопия б)УЗИ

в) влагалищное исследование

г) ректальное исследование

д) гистеросальпингография

045. ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ ЯИЧНИКА У БОЛЬНОЙ 55 ЛЕТ

ПОКАЗАНО:

а) удаление придатков матки на стороне поражения

б) надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией большого сальника

в) экстирпация матки с придатками с обеих сторон

г) удаление матки с придатками с обеих сторон

д) надвлагалищная ампутация матки с придатками

**30**

046. ПРИ НЕБОЛЬШОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЯИЧНИКА, ОБНАРУЖЕННОМ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ, ПРОИЗВОДИТСЯ:

а) лапаротомия и ушивание яичника

б) диатермокоагуляция яичника под контролем лапароскопии

в) лапаротомия и резекция яичника

г) лапаротомия и удаление придатков матки на стороне поражения

047. ОПЕРАЦИЯ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ

АМПУТАЦИИ МАТКИ:

а) удалением шейки матки

б) параметральной клетчатки

в) подвздошных лимфатических узлов

г) верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку

048. АМЕНОРЕЯ У 16 - ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ МОЖЕТ БЫТЬ РЕЗУЛЬТАТОМ ВСЕХ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, КРОМЕ:

а) заращения девственной плевы

б) синдрома нечувствительности к эстрогенам

в) синдрома Тернера

г) поликистоза яичников

д) гранулезоклеточной опухоли

049. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ АЦИКЛИЧЕСКИХ КРОВЯНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ПРОВОДИТСЯ:

а) гистеросальпингография

б) определение ЛГ

в) ультразвуковое исследование

г) определение ХГ

д) диагностическое выскабливание

050. МИОМА МАТКИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ,

КРОМЕ:

а) повторный выкидыш

б) неполноценность лютеиновой фазы

в) преждевременные роды

г) непроходимость маточных труб

051. ГИПОТИРЕОИДИЗМ ПРИ СИНДРОМЕ ШИХАНА СО СНИЖЕННЫМ ТТГ

ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

а) пастозностью, склонностью к отекам б)зябкостью,

в) утомляемостью

г) артериальной гипотензией, обмороками

д) всем перечисленным

е) ничем из перечисленного

052. У БОЛЬНЫХ С ХЛАМИДИЙНЫМ ЦЕРВИЦИТОМ НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВЕН:

а) доксициклин

б) эритромицин

в) морфоциклин

г) ампициллин

д) тетрациклин

053. РИСК ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ПРИ ВЫСКАБЛИВАНИИ ВОЗРАСТАЕТ:

а) при множественных абортах в анамнезе

б) при эндометрите

в) при пузырном заносе

г) при всем перечисленном

д) ни при чем из перечисленного

054. БОЛЕЗНЕННАЯ ЯЗВОЧКА НА МАЛОЙ ПОЛОВОЙ ГУБЕ ПОЗВОЛЯЕТ

ЗАПОДОЗРИТЬ:

а) генитальный герпес

б) карбункул

в) первичный сифилис

г) псориаз

д) крауроз

055. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КАКОГО ГОРМОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ

БЕРЕМЕННОСТИ:

а)эстрадиол

б) пролактин

в) хорионический гонадотропин

г) прогестерон

056. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ МОЖЕТ ИНОГДА МЕТАСТАЗИРОВАТЬ:

а) дисплазия

б) преинвазивный рак

в) инвазивный рак 1а стадии

г) инвазивный рак 1б стадии

**32**

057. ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА НЕ

ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА:

а) рак яичников

б) рак тела матки

в) апоплексия яичника

г) внематочная беременность

д) воспаление придатков матки

058. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ, РАСТУЩЕЙ В

ПОСТМЕНОПАУЗЕ:

а) лечение гестагенами

б) радикальное хирургическое лечение

в) наблюдение

059. КАКАЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ ЗУД ВУЛЬВЫ:

а) сахарный диабет

б) пиелонефрит

в) ревматизм

060. КАКАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ДАЕТ ПОРАЖЕНИЕ БОЛЬШОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДДВЕРИЯ

ВЛАГАЛИЩА:

а)туберкулез

б)гонорея

в) неспецифическая

061. ЧТО СЧИТАЕТСЯ ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЕМ ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) хр. воспаление придатков матки

б) доброкачественные опухоли яичников

в) синдром поликистозных яичников

062. ПРЕДРАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

а) лейкоплакию б)эктропион

в) эрозию шейки матки

г) дисплазию шейки матки

063. КАКОЙ ГОНАДОТРОПНЫЙ ГОРМОН НЕ УЧАСТВУЕТ В ОВУЛЯЦИИ:

а) фолликулостимулирующий

б) лютеинизирующий

в) пролактин

064. АМЕНОРЕЯ НЕ СЧИТАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ:

а) во время беременности

б) во время кормления ребенка

в) после аборта

065. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ПЕРСИСТЕНЦИИ

ФОЛЛИКУЛА:

а) гиперплазия

б) секреция

в) атрофия

066. ЧТО НЕ ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ ГОНОРЕИ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛИЙ:

а)эндоцервицит б) бартолинит в)сальпингит

067. ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ С

СУБМУКОЗНЫМ УЗЛОМ:

а) анемия

б) гиперкоагуляция

в) дистрофия миокарда

г) гипопротеинемия

д) все перечисленное

е) ничего из перечисленного

068. КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СОСТОИТ ИЗ:

а) хирургического и лучевого

б) хирургического и химиотерапевтического

в) хирургического и гормонального

069. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ САЛЫТИНГООФОРИТА ГОНОРЕЙНОЙ

ЭТИОЛОГИИ:

а) немедленное удаление придатков

б) комплексная антибактериальная терапия

070. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ОТЕК ОДНОЙ НИЖНЕЙ

КОНЕЧНОСТИ:

а) рак яичников

б) миома матки

в) тромбоз вен нижней конечности

г) при всех перечисленных заболеваниях

071. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАРДНЕРЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЕНИЕ:

а)доксициклина б) метронидазола в)ампициллина

г) правильные ответы б) и в)

д) все ответы правильные

072. ЗАМУЖНЕЙ ЖЕНЩИНЕ 28 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕЙ ОДНОГО ПОЛОВОГО ПАРТНЕРА,  
СТРАДАЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКИМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ВЕН НИЖНИХ  
КОНЕЧНОСТЕЙ, МАТЕРИ ОДНОГО РЕБЕНКА, НЕОБХОДИМО:

а) оральные контрацептивы

б) хирургическая стерилизация

в) внутриматочная контрацепция

г) механическая контрацепция

073. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАИМЕНЕЕ  
ВЕРОЯТНА:

а) системные заболевания б)ановуляция

в) миома матки

г) хронический эндометрит

д) заболевание шейки матки

074. КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ СЧИТАЕТСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ:

а) брюшина

б) маточные трубы  
в)яичники

г) шейки матки

075. ПЕРОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

РАКА:

а) влагалища б)эндометрия

в) шейки матки

г) толстого кишечника

076. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ:

а) высокая температура

б) боли в животе  
в)лейкоцитоз

г) желтуха

077. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ

ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) гиперменореи с анемией

б) бесплодия в течение 1 года

в) увеличения матки до 18 недельного срока беременности

г) быстрого роста миомы матки

д) нарушения функции соседних органов

078. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ СЛЕДУЕТ

НАЧИНАТЬ С:

а) химиотерапии

б) хирургического лечения

в) лучевой терапии

079. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

НАИБОЛЕЕ ТОЧЕН:

а) пункция брюшной полости через задний свод влагалища

б) биопсия эндометрия

в) лапароскопия

г) серийное определение Р-ХГЧ

д) УЗИ органов малого таза

080. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВМС:

а) эрозия шейки матки

б) воспаление придатков

в) промискуитет

г) все ответы правильные

081. КОГДА ПРИМЕНЯЮТ ТЕРМИН «ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА»:

а) при опухолях стромы полового тяжа

б) при опухолях эпителиальных

в) при опухолях герминогенных

082. ПРИ МИОМЕ МАТКИ С СУБМУКОЗНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ УЗЛА ВОЗМОЖНЫ

СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ:

а) консервативная миомэктомия

б) надвлагалищная ампутация матки

в) экстирпация матки

г) оперативная гистероскопия

д) все перечисленное

083. У БОЛЬНОЙ ДИАГНОСТИРОВАН ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ И

ПРАВОСТОРОННИЙ ГИДРОНЕФРОЗ. КАКАЯ СТАДИЯ СООТВЕТСТВУЕТ

ДАННОМУ ПРОЦЕССУ?

а)1Б

б) IIБ

в) III Б

г) IV Б

084. ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ХОРИОНКАРЦИНОМЫ МАТКИ:

а) лимфогенный

б) гематогенный

в) имплантационный

г) все выше перечисленное

085. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН:

а) для хламидий

б) для вируса простого герпеса

в) для трихомонады

г) правильные ответы а) и в)

д) правильные ответы б) и в)

086. ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ОТМЕЧАЕТСЯ:

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) правильные ответы а) и б)

д) правильные ответы а),б) и в)

087. КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ДАЕТ СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ:

а) интерстициальная

б) субмукозная

в) субсерозная

088. С КАКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ ФАКТОРОМ АССОЦИИРУЕТСЯ РАК ШЕЙКИ МАТКИ

В 90%:

а) гонококк

б) туберкулезная палочка

в) вирус герпеса

г) вирус папилломы человека

089. РЕТРОФЛЕКСИЯ МАТКИ - ЭТО:

а) симптом спаечного процесса в брюшной полости

б) вариант нормального положения тела матки

в) симптом наружного генитального эндометриоза

г) симптом хронического воспалительного процесса внутренних половых органов

д) неправильное положение матки, требующее оперативной коррекции

**37**

090. ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ:

а) возможно длительной циклической терапией половыми гормонами

б) достигается стимуляцией овуляции

в) обеспечивается клиновидной резекцией яичников

г) как правило, бесперспективно

091. СИНТЕЗ КАКОГО ГОРМОНА ВОЗРАСТАЕТ В 1000 РАЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:

а)эстрадиол

б) эстриол в)эстрон

092. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ХОРИОНКАРЦИНОМА ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ:

а)абортов

б) пузырного заноса

в) нормальных родов

г) преждевременных родов.

093. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ СОПРОВОЖДАЮТ ЭКТОПИЧЕСКУЮ

БЕРЕМЕННОСТЬ С ПЛОДНЫМ ЯЙЦОМ, ЛОКАЛИЗОВАННЫМ В ФАЛЛОПИЕВОЙ ТРУБЕ, КРОМЕ:

а) односторонней боли в нижней части живота

б) влагалищного кровотечения

в) задержки менструации

г) боли в надключичной области

д) учащенного мочеиспускания

094. ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ГИПОТАЛАМУСА, ГИПОФИЗА И ЯИЧНИКОВ В

РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:

а) одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)

б) нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего

в) функция звеньев синхронна

г) выключение одного звена нарушает всю систему в целом

д) все перечисленное

095. ДЛЯ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНЫ:

а) склонность к образованию спаек и сращений

б) чаще отмечается ограничение процесса

в) наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота

г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы правильные

096. ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ ВОСПАЛЕНИЯ  
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, КРОМЕ:

а) начала половой жизни в 15 лет

б) медицинских абортов

в) применения оральных контрацептивов

г) гистеросальпингографии

д) использования ВМС

097. БОЛЬНЫМ С КИСТОЙ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:  
а)УФО

б) лечение только в стадии обострения воспалительного процесса

в) оперативное лечение - марсупиализация (создание искусственного протока)

г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы правильные

098. ПРИ СФОРМИРОВАВШЕМСЯ ГНОЙНОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ  
ПРИДАТКОВ МАТКИ ПОКАЗАНО:

а) пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости  
и введение в нее антибиотиков

б) хирургическое лечение

в) терапия пирогеналом

г) терапия гоновакциной

д) электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике

099. РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ  
ЯВЛЯЕТСЯ:

а) надвлагалищная ампутация матки с придатками

б) экстирпация матки с придатками

в) экстирпация матки без придатков

г) экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия

д) все ответы правильные

100. РИСК ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ СВЯЗАН СО ВСЕМИ НИЖЕУКАЗАННЫМИ

ФАКТОРАМИ, КРОМЕ:

а) наружный эндометриоз

б) хронический сальпингит

в) аденомиоз

г) использование ВМС

д) дивертикул маточной трубы

1 г

2 а

3 д

4 г

5 д

6 б

7 г

8 а

9 в

10 е

11 г

12 а

13 а

14 г

15 г

16 б

17 г

18 г

19 г

20 г

21 г

22 д

23 г

24 ж

25 а

26 а

27 б

28 д

29 а

30 г

31 д

32 д

**ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ ПО ГИНЕКОЛОГИИ**

1. е 065.а 097.в
2. д 066.в 098.б
3. г 067.д 099.г
4. е 068.а 100.в
5. г 069.б   
   38 г 070.в
6. г 071.б
7. г 072.г
8. д 073.а
9. в 074.г   
   43 .д 075.б   
   44. д 076.г  
   045.б 077.б   
   046.б 078.б   
   047. а 079. в   
   048.д 080.г   
   049.д 081.в   
   050. б 082.д   
   051.д 083.в   
   052. г 084.г   
   053.г 085.г   
   054.а 086.д   
   055. в 087.г   
   056.г 088.г   
   057.б 089. б   
   058.б 090.г  
   059. а 091.б   
   060.б 092.б   
   061.б 093.д

062.г 094.д

063.в 095.д

064. в 096.в

**РЕЦЕНЗИЯ**

на фонд оценочных средств дисциплины «акушерство и гинекология» для студентов направления подготовки 31.06.01 Клиническая медицина по направленности 14.01.01 Акушерство и гинекология очной/заочной формы обучения представленный на экспертизу фонд оценочных средств (далее – ФОС) разработан кафедрой Акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

ФОС предназначен для оценки результатов обучения по направлению подготовки направления подготовки 31.06.01 Клиническая медицина по специальности 14.01.01 Акушерство и гинекология основной образовательной программы высшего образования – программы подготовки студентов.

Структура ФОС разработана в соответствии с Порядком организации и

осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам подготовки студентов

(адъюнктуре), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 года №1259.

ФОС включает в себя:

- ФОС для промежуточной аттестации студентов по дисциплине, практикам с указанием компетенций, знаний, умений, навыков, критериев оценки и шкал оценивания;

- ФОС оценочных средств для государственной итоговой аттестации.

Содержание представленных ФОС отражает оценку достижений запланированных результатов обучения и уровня сформированности у студентов компетенций, заявленных в образовательной программе.

ФОС в полном объеме соответствует:

- ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина 14.01.01 Акушерство и гинекология утвержденному приказом Минобразования России № 1200 от 03.09.2014 г.;

- основной профессиональной образовательной программе по направлению

31.06.01 Клиническая медицина (направленность 14.01.01 Акушерство и гинекология);

- учебному плану направления подготовки 31.06.01 Клиническая медицина

(направленность 14.01.01 Акушерство и гинекология), утвержденному на заседании

кафедры от 19.01.18 № 5 и Ученого совета 30.08.2017 г., протокол №1

- образовательным технологиям, используемым при реализации образовательной программы.

Теоретические вопросы, практические задания, включенные в ФОС, максимально приближены к условиям профессиональной деятельности выпускника.

Таким образом, фонд оценочных средств позволяет оценить качество подготовки студентов, обладание компетенциями, заявленными в образовательной программе.

Оценочные средства одобрены и могут использоваться для проведения

промежуточной аттестации студентов по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина (направленность 14.01.01 Акушерство и гинекология).

Заведующий кафедрой акушерства

и гинекологии ФПК и ППС с курсом

репродуктивной эндоскопии,

профессор, д.м.н.  **Н.С-М. Омаров**